

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 94

DE LA TUBERCULOSE
DANS
L'Étiologie de la Sciatique
(SÉRO-DIAGNOSTIC)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VALÉRY CELLERIER

Elève de l'Ecole de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

—
1904

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1903-1904. — N° 94

DE LA TUBERCULOSE

DANS

L'Étiologie de la Sciatique

(SÉRO-DIAGNOSTIC)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Janvier 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VALÉRY CELLERIER

Élève de l'École de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques medicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....	X...
Clinique des maladies des enfants.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	WEILL.
Matière médicale et Botanique.....	MONOYER.
Parasitologie.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie.....	BEAUVISAGE
Physiologie.....	LORTET.
Pathologie interne.....	TESTUT.
Pathologie externe.....	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	MORAT.
Anatomie pathologique.....	TEISSIER.
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.
Médecine légale.....	TRAPIER.
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....	ARLOING.
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaire..... DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.....	MM. POLLOSSON (A.), agrégé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.....	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.....	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.....	DEVIC, —
Accouchements.....	FABRE, —
Matière médicale.....	MOREAU, —
Anatomie topographique.....	DURAND. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
COLLET.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
BOYER.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BARRAL.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
MOREAU.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
			CAUSSE, ch...

M. X..., Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ARLOING, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;
MM. COURMONT (P.) et TIXIER, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail en faible témoignage de ma profonde affection, et de ma sincère reconnaissance pour un infini d'abnégation.

A MA SŒUR, A MON FRÈRE

Nos meilleurs amis.

A MON ONCLE SIMÉON CHORT

Il m'a aimé comme un fils : que mon premier travail soit pour lui l'expression de ma plus affectueuse reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur ARLOING

Correspondant de l'Institut

A Monsieur le Professeur TESTUT

A LA MÉMOIRE
DU
Docteur GADAUD

Sénateur de la Dordogne
Ministre de l'Agriculture

Hommage de souvenir de la haute protection et de la bienveillante amitié qu'il ne cessa de nous témoigner, en maintes circonstances de notre vie.

A Monsieur Alcide DUSOLIER

Sénateur de la Dordogne

Hommage de reconnaissance.

A Monsieur le Professeur LANDOUZY

Que ce travail sur un de ses sujets favoris
soit à ce maître éminent l'hommage de
notre profonde admiration.

A Monsieur le Professeur Agrégé TIXIER

Chirurgien des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur Agrégé

Paul COURMONT

Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Professeur Agrégé LANNOIS

Médecin des Hôpitaux

Nous voici enfin arrivé au terme de nos études médicales : nous vivons, en ce moment, une de ces heures imprécises de la vie où la conscience de chacun aime à se replier sur elle-même pour refaire le chemin parcouru et extraire de cet amas de souvenirs une ligne de conduite future.

Ce n'est pas sans une certaine mélancolie que nous avons évoqué et analysé les heures vécues jusqu'à ce jour ; nous aurions aimé, en feuilletant les pages de notre jeunesse, prématurément étouffée dans les rouages d'une vie trop régulière, retrouver, dans chacun de nos souvenirs, l'empreinte d'une personnalité qui fut la nôtre : cette joie nous a été refusée.

De longs jours de tristesse dans une atmosphère d'indifférence et de monotonie, quelques rares instants de joie et de bonheur écoulés dans le sein de notre famille ou aux côtés de maîtres aimés, tel a été notre passé ; aussi est-il pour nous particulièrement doux de témoigner ici notre vive reconnaissance à tous ceux qui, par leur sympathie et leur amitié, nous ont souvent réconforté aux heures de découragement et de lassitude, spécialement pendant notre séjour de trois années à l'Ecole du service de Santé militaire.

M. le professeur Testut a été pour nous un autre père ; nous garderons intact le souvenir de ses bontés, et nous n'oublierons jamais le cordial accueil que nous reçûmes auprès de lui ; alors que des infortunes

variées nous livraient à des réflexions trop amères pour une conscience encore jeune, il a été pour nous le maître bienveillant auprès duquel nous avons consolé nos chagrins, puisé une énergie nouvelle. Nous avons assumé envers lui une lourde dette de reconnaissance ; qu'il croie à l'assurance de notre sincère gratitude, à l'expression de notre respectueuse affection.

M. le Professeur Arloing a bien voulu nous admettre dans son laboratoire ; une pensée d'admiration profonde va vers ce maître éminent qui nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de ce modeste travail.

M. le Professeur agrégé Paul Courmont nous a inspiré le sujet de cette thèse et, par ses conseils précieux, nous a permis de la mener à bonne fin. Nous sommes heureux de lui dire notre gratitude et de l'assurer de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Au Laboratoire de Médecine expérimentale, nous avons travaillé, pendant deux ans, avec M. le Docteur Nicolas ; nous avons pu apprécier la science et la bonté de ce jeune maître, qui voulut être et fut pour nous un ami ; nous l'en remercions vivement et nos vœux sont ardents pour son avenir.

Nos derniers mois de stage hospitalier se sont écoulés dans le service de chirurgie de M. le Professeur agrégé Tixier ; nous garderons toujours un souvenir délicat de ce jeune et brillant maître qui accorda à son élève une amitié dont il est fier. En des causeries dont la science n'avait d'égale que la simplicité, il nous a appris ce que devait être un praticien au lit du malade

et comment un médecin, digne de ce nom, pouvait concilier son art avec les exigences sociales; qu'il nous soit permis de l'assurer que nous saurons nous rappeler, dans notre carrière, ce que fut, pour les déshérités d'ici-bas, sa conduite toute de conscience et d'attention, de douceur et de bonté.

Avant de quitter l'Ecole du Service de Santé Militaire, nous tenons à remercier, du fond du cœur, ceux de nos maîtres militaires qui n'ont voulu voir en nous qu'un élève à instruire, un camarade à diriger et à conseiller: M. le médecin-major Bernard, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, et M. le médecin-major Vialle, répétiteur à l'Ecole. Nous leur adressons nos sentiments les plus vifs de reconnaissance sincère.

A ceux de nos camarades et amis d'Ecole dont la franche gaieté illumina de rayons de joie les brouillards de notre vie commune; à notre excellent ami, Pierre Jolliot, dont la compagnie nous fut si douce en dehors de nos heures d'internat, merci de tout cœur; nous espérons retrouver leur amitié dans notre route vers l'Inconnu.

V. C.

INTRODUCTION

L'existence de troubles nerveux périphériques survenant au cours de la tuberculose pulmonaire est un fait connu depuis la plus haute antiquité, puisque, au dire de Carrière, les Livres Hippocratiques en font mention et qu'Arétée décrivait déjà les douleurs au cou et à la nuque, si fréquemment observées par lui chez les phtisiques.

Notre intention n'est pas de refaire ici l'exposé des nombreux travaux, l'analyse des discussions multiples, auxquels ont donné lieu, dans le domaine de la pathologie, les relations qui peuvent exister entre la tuberculose et le système nerveux.

La polynévrite d'origine tuberculeuse a pris définitivement place dans la pathologie médicale, avec l'apparition de l'important mémoire de Pitres et Vaillard (1886) qui, se basant sur onze observations, toutes scrupuleusement contrôlées par l'examen histologique, démontrait, d'une manière irréfutable, la réalité de l'existence des névrites périphériques chez les tuberculeux.

Il est vrai que, le même jour, dans la même *Revue de Médecine*, paraissait une étude de Raymond, sur les « Leptomyélites tuberculeuses », à la suite de laquelle cet auteur concluait que « les accidents nerveux observés chez les tuberculeux constituaient un ensemble facilement explicable dans l'hypothèse d'une lésion centrale, d'une méningo-myélite... »

Adater de cette communication jusqu'à nos jours, nombre de travaux ont paru sur cette question délicate et ont apporté leur contingent de preuves soit aux idées émises par Pitres et Vaillard, soit à l'avis de Raymond.

Il semble, aujourd'hui, que la doctrine de l'origine périphérique des névrites tuberculeuses soit admise par la majorité des neuro-pathologistes; quoi qu'il en soit, dans leurs thèses inaugurales, inspirées par Pitres et Joffroy, Carrière, à Bordeaux, en 1894, Lesage, à Paris, en 1900, ont fait un historique remarquable des polynévrites bacillaires et nous ne saurions faire œuvre d'originalité en recommandant le même travail.

C'est pourquoi de cette question si complexe, si étendue, nous n'avons voulu retenir et étudier qu'une partie très restreinte: à savoir, les relations qui pouvaient exister entre l'affection, dite névralgie sciatique, et la tuberculose.

Toutefois, dans nos longues recherches bibliographiques, nous nous sommes aperçu de la difficulté inouïe qu'on avait à rassembler les documents utiles pour quiconque veut aborder avec fruit l'étude des polynévrites tuberculeuses; à ceux qui, après

nous, s'intéresseront à ce sujet, nous avons voulu rendre le travail plus facile, et c'est dans ce but que nous avons tenté de faire une bibliographie aussi complète que possible de cette question ardue.



CHAPITRE I

Historique

Si les différents auteurs qui ont étudié la phtisie pulmonaire ont mentionné tout au long les symptômes et les complications, douloureuses et autres, qui surviennent dans cette maladie, il en est bien peu qui aient parlé de la névralgie sciatique évoluant dans le cours d'une bacillose ou la précédant, et qui se soient proposés de mettre en évidence les relations qui existent ou peuvent exister entre ces deux affections.

Le premier, Martinet (81), en 1824, cite l'observation d'un tuberculeux chez lequel existait une sciatique gauche, « dont on ne pouvait rapporter le développement à aucune cause ».

En 1841, Valleix (117) rapporte qu'un homme atteint de névralgie fémoro-poplitée, avait une phtisie commençante, mais il nie que ces deux affections puissent avoir quelque rapport.

La même année, dans sa thèse, Lucien-François

du Temps signale, sans s'y arrêter d'ailleurs, l'influence marquée de la diathèse tuberculeuse sur le développement de la névralgie sciatique. « On l'observe fréquemment chez les phthisiques », dit-il.

En 1854, Notta (85) relate l'observation d'un malade atteint de sciatique gauche datant de deux mois, « chez lequel une phthisie aiguë se déclara ».

En 1856, Beau (13) décrit, chez les phthisiques, des douleurs dans les membres inférieurs, douleurs péri-articulaires, qu'il nomme des arthralgies, et que son interne Barbereau appelle des mélalgies. Or, comme le fait remarquer Peter dans la thèse de Friot (1879), ces douleurs, se révélant par des troubles de la fonction locomotrice et qu'aucune lésion extérieure n'explique, ne doivent-elles pas se rattacher à la sciatique d'origine tuberculeuse ou, tout au moins, aux altérations anatomiques qui engendrent cette sciatique spéciale ?

En 1857, Romberg, dans son « Traité des Névralgies » étudie longuement les causes de la sciatique, sans faire mention de sa coïncidence avec la tuberculose.

Douze ans après, en 1869, Lagrelette, s'appuyant sur l'opinion émise par François du Temps, qui admettait l'influence de presque toutes les diathèses sur la névralgie sciatique, adopte lui-même l'idée d'une relation pathogénique entre cette névralgie et la phthisie, bien, dit-il qu'il n'ait jamais vu le nerf sciatique être le siège de tubercules et, dans sa thèse, il parle, le premier, de *sciatique tuberculeuse*.

En 1872, dans le *Lyon Médical* de janvier, le docteur Perroud signale à l'attention des médecins la

fréquence des névralgies faciale et sciatique chez les bacillaires, et donne les moyens cliniques de différencier la sciatique tuberculeuse de la sciatique essentielle.

En 1874, malgré les négations de Rigal qui, dans sa thèse d'agrégation (1872), n'admettait pas l'influence de la tuberculose sur la genèse des névralgies, Maze et Hahn, dans leurs dissertations inaugurales, très étudiées, signale la phtisie comme cause fréquente de la sciatique.

Mais c'est au professeur Peter (93) que revient l'honneur d'avoir démontré, le premier, les rapports étroits de la sciatique et de la tuberculose. Dans ses « Leçons de Clinique Médicale » il signale la névralgie sciatique comme pouvant être très rebelle et coïncidant nettement avec le début de la tuberculisation pulmonaire.

A l'appui de cette idée et sous son inspiration, un des élèves de M. Peter, le docteur Friot, consacre sa thèse, en 1879, à l'étude de ce point de l'histoire de la tuberculose.

La même année (1878), M. Leudet (72), directeur de l'Ecole de Médecine de Rouen, confirmait par de nouvelles observations, les théories de Peter sur les troubles de l'innervation dans la phtisie pulmonaire, et, quelques mois après, Lorber (73), dans sa thèse, inspiré par Bernheim, faisait une étude très fouillée des névralgies et points douloureux dans la tuberculose pulmonaire.

En 1883, M. le professeur Landouzy (67) reprend la question et, dans une leçon de clinique, publiée

dans la *Gazette des Hôpitaux*, confirme, par une nouvelle observation, les idées de Peter et de Friot ; depuis cette date, ce maître éminent n'a cessé de s'occuper de ce sujet et, fréquemment, au lit du malade, nous savons qu'il se complait à mettre en évidence les relations indéniables de la sciatique et de la phymatose.

En 1884, dans un article de la *France Médicale*, Dreyfous (30) refait, sans commentaires, l'histoire des névralgies des tuberculeux.

De 1885 à nos jours nombre de travaux paraissent sur la sciatique : ce sont les articles de Sanchez Hertero (1885), de Hardy (1886), de Pasgualico (1886), de Perret (89) (1887), de Giovanni-Rossi (42) (1889), de Combemale (25) (1890), de Personali (1893), de Stinchfield, Brülh, Schreiber (1894), de Hyde (60) (1896), de Minor (1898), de Schmidt (1899), les thèses de Quermonne (87), d'Ecchs (33) (1893).

Mais, si les relations de la sciatique et de la tuberculose y sont mentionnées, c'est presque en cachette et c'est ainsi que, dans le *Traité de Brouardel et Gilbert* (1902), Pitres et Vaillard ne parlent même pas de la tuberculose comme facteur étiologique possible de la sciatique. « Cette névralgie n'est pas rare chez les tuberculeux », lit-on dans le « *Traité de Pathologie générale* » de Bouchard, mais, en fait d'explication, de commentaire, rien.

Toutefois, en 1901, à Lyon, paraît une thèse de Villedieu (124) : « Sciatique d'origine tuberculeuse », inspirée par M. le professeur Poncet ; l'auteur, parlant des théories émises par Poncet et son école sur

les relations du rhumatisme et de la tuberculose, arrive à des conclusions qu'il nous a été bien rarement donné de vérifier, l'observation nous ayant souventes fois mis en présence du contraire.

CHAPITRE II

Etiologie Clinique de la Sciatique,

Au dire des classiques, la sciatique est une affection de l'âge mûr ; très rare avant 45 ans, on ne la rencontre guère plus après 65 ans. Elle affecte son maximum de fréquence entre 50 et 60 ans. Le sexe masculin est le plus souvent atteint, d'après Hyde 56 0/0 ; il est vrai que, sur 65 cas, Eules dit avoir trouvé 41 femmes.

Elle affecte de préférence le côté droit : sur 200 sciatiques Hyde en a observé 72 à droite, 62 à gauche, 66 doubles.

Le tempérament du sujet est de prime importance, disent les auteurs, dans son développement : arthritiques, rhumatisants, névropathes y sont particulièrement prédisposés.

Statistique de Hyde. — Samuel Hyde (60), médecin d'eaux thermales à Buxton, a eu l'occasion d'observer un grand nombre de névralgies sciatiques et, dans un article paru, le 9 mai 1896, dans

« The Lancet », il donne le tableau étiologique suivant :

Goutte :	24	0/0	Alcool :	4.5	0/0
Débilité :	21.5	0/0	Constipation :	4	0/0
Rhumatisme :	17.5	0/0	Anémie :	3.5	0/0
Froid :	13	0/0	Paludisme :	3.5	0/0
Influenza :	6	0/0	Trauma :	2.5	0/0

A ces causes diverses, il faut ajouter la syphilis, le tabagisme, le saturnisme dont l'influence, infectieuse ou toxique, est admise aujourd'hui.

Signalons encore les compressions diverses du nerf sciatique, les cas dans lesquels cette névralgie est symptomatique d'une affection médullaire, et nous aurons scrupuleusement enregistré toutes les causes de la sciatique, d'après les auteurs.

La tuberculose manque donc au tableau et, cependant, il y a une vingtaine d'années déjà que Peter et Landouzy ont appelé l'attention du monde médical sur la concomitance de ces deux affections.

Statistique de Friot. — En 1877, Peter publiait deux cas de ce genre: sur 137 tuberculeux, admis, en 1878, dans le service de ce maître distingué, à la Pitié, son élève Friot observait quatre fois l'évolution parallèle d'une sciatique et de la tuberculose; la même année, à Lyon, M. Tripier, à l'Hôtel-Dieu, M. Faivre, à la Croix-Rousse, constataient les mêmes faits et, à Nancy, Lorber, dans sa thèse, citait des observations semblables.

En 1883, Landouzy présentait à ses élèves une

malade atteinte de névrite sciatique dans le cours d'une phtisie.

Rien, dans ses antécédents, héréditaires ou personnels, ne pouvait expliquer cette affection surajoutée à la diathèse : quelle pouvait donc être la relation de la névrite du sciatique avec la tuberculose dont était atteinte cette malade ?

Pour l'éminent clinicien, il n'y a pas de doute : « C'est là, dit-il, une des localisations de la tubercule, dont j'ai déjà vu un exemple, et dont il existe d'ailleurs plus d'un précédent dans la science ».

Dans les observations de Peter, de Friot, de Lorber, mêmes difficultés d'expliquer l'apparition de la sciatique.

Pourquoi ces douleurs chez des malades dans les antécédents desquels on ne retrouve ni rhumatisme antérieur, ni goutte, ni alcoolisme, ni syphilis, en un mot pas de cause connue ?

D'où viennent-elles ? Quelle peut être leur origine ? Quels sont leurs rapports avec l'affection tuberculeuse ?

On admet, sans conteste aujourd'hui les sciatiques infectieuses, blennorrhagiques, syphilitiques, grip-pales, pneumoniques, pourquoi nier la sciatique tuberculeuse ? Le bacille de Koch ne peut-il pas, par ses toxines, réaliser une lésion des nerfs sciatiques, au même titre que le gonococque ou le pneumococque ?

Mais, pourra-t-on nous objecter, même le principe étant admis, comment se fait-il que des médecins comme Hyde, comme Gibson, professeur à Devonshire-Hospital, qui ont eu l'occasion d'observer, le

1^{er}, 200 cas, le 2^e, 1000 cas de sciaticque, n'aient pas remarqué de rapport probable entre les deux affections, et ne citent pas la tuberculose comme un agent causal ?

L'argument est facilement réfutable : Gibson ne s'est même pas donné la peine de rechercher le facteur de la maladie ou du moins n'en parle pas, préoccupé qu'il est d'une statistique de guérisons illusoires par les divers traitements employés.

Quant à Hyde, qu'on veuille bien se rapporter à son tableau étiologique, et on y verra figurer la débilité dans 21,5 0/0 des cas, et l'anémie dans 3,5 0/0, soit une proportion totale de 25 0 0, à l'actif de deux facteurs purement hypothétiques. Nous ne pensons pas avoir affaire là à deux entités morbides bien définies, et il eût été intéressant de remonter à la source de ces prétendues débilité et anémie.

Peut-être aurions-nous trouvé, sous ces dénominations louches et à bon droit suspectes, l'action directe de la bacillose, qui s'accompagne toujours d'un état de déchéance organique, dont les manifestations les plus fréquentes sont précisément la débilité et l'anémie !

Nous y voyons, en outre, que le froid a une influence marquée sur le développement de la sciaticque. « Je l'ai rencontré en cause 13 fois sur 100, dit Hyde. » Certes, nous ne voulons pas nier l'action du froid sur la production de cette névralgie, mais nous estimons que les sciaticques vraiment *a frigore* ne font pas partie de ces sciaticques rebelles, qui nécessitent un séjour durable dans ces stations ther-

males. Le refroidissement agit, sans doute, de deux manières : il exerce à la fois un effet local sur le nerf et un effet général sur l'organisme. L'effet local se traduira vraisemblablement par des douleurs, qui pourront être même très violentes, mais à moins qu'il ne s'agisse de refroidissements répétés qui accumulent progressivement leurs actions — et c'est là un fait extrêmement rare — ces douleurs seront passagères, et céderont aussitôt au traitement.

Il serait, au contraire, particulièrement utile de tenir compte de l'effet général sur l'organisme et déjà, en pathologie médicale, nous avons souvent remarqué que, sous l'épithète *a frigore*, se cachaient divers facteurs étiologiques au premier chef, le froid ne jouant là qu'un rôle d'appel, n'exerçant qu'une influence de cause occasionnelle.

Quoi qu'il en soit, durant notre stage hospitalier, nous avons eu l'occasion de voir de nombreux cas de sciatique tuberculeuse nette, soit dans le service de clinique de M. le professeur Bondet, soit dans celui de M. le professeur J. Courmont, à l'Antiquaille.

Statistiques Personnelles. — A). *Service de M. le professeur Bondet.*

Sur 43 observations de sciatique, que nous avons pu recueillir, nous en avons trouvé :

12 très positives, nettement tuberculeuses ;

5 douteuses.

26 d'origine diverse.

Nous donnons plus loin toutes nos observations

positives. Dans les observations I, II, III, VII, VIII, X, il n'y a aucun doute ; la sciatique y évolue avec la bacilliose ou la précède, et on ne peut retrouver dans les antécédents des malades une explication plausible de l'apparition des douleurs, autre que celle de l'infection tuberculeuse.

Dans les observations IV, IX, XI, on trouve associés tuberculose et alcoolisme. Quelle peut être, dans l'origine de la sciatique, la part respective de ces deux facteurs ?

Tout d'abord, le malade IV est un buveur de vin, et, depuis les travaux de Lancereaux, on sait que ce n'est pas, en général, sur le système nerveux que l'œnilisme exerce une action nocive.

Mais, c'est avant tout un tuberculeux, comme le prouvent ses hémoptysies répétées et ses signes d'auscultation. De plus, ses douleurs ont apparu avec une recrudescence de son affection pulmonaire et il est donc bien certain qu'il y a entre la lésion bacillaire et la sciatique un rapport qu'on ne peut s'empêcher de constater.

Il en est de même des observations IX et XI : on y voit à première vue une relation étroite entre la tuberculose et la sciatique, l'alcoolisme ne s'ajoutant au tableau que d'une façon très insignifiante.

L'observation VI est, d'ailleurs, très probante à cet égard ; c'est un malade, grand buveur de vin et d'alcools, à antécédents assez chargés au point de vue bacillaire. A 37 ans, en 1899, il fait un séjour à la Croix-Rousse pour névrites multiples alcooliques des membres inférieurs. Les sciatiques sont res-

pectès à ce moment. Il quitte l'hôpital guéri, et *ne boit plus du tout*.

Trois ans après, attaque de lumbago et de sciatique, puis séjour à l'hôpital pour bronchite.

L'année suivante, 1903, il est repris de douleurs sciatiques légères, mais continues, en même temps qu'il se met à tousser et à cracher, et qu'on voit apparaître des signes de localisation bacillaire au sommet droit.

Pouvons-nous voir, dans ce cas, une relation quelconque entre l'alcoolisme et les douleurs sciatiques? Evidemment non; l'alcool a fait les névrites des membres inférieurs dont le malade a souffert en 1899, mais il n'a été presque pour rien dans la production de la sciatique.

Nous disons presque, car, nous ne voudrions pas nier d'une façon formelle l'importance du terrain alcoolique dans l'évolution des lésions bacillaires; mais nous soutenons énergiquement que ce n'est pas seulement chez les alcooliques qu'on rencontre ces troubles nerveux, comme d'aucuns l'ont objecté. Nos observations prouvent le contraire et viennent à l'appui des recherches de Carrière.

Sur 134 tuberculeux examinés dans les hôpitaux de Bordeaux, cet auteur en trouva 77 sans troubles nerveux et 57 avec troubles nerveux, et alors que, dans la première série, il a pu constater l'alcoolisme dans 39 cas, dans la seconde série, au contraire, c'est à peine s'il a réussi à trouver 4 alcooliques; serions-nous imprudents d'oser en tirer cette con-

clusion que l'alcoolisme semble donc jouer un rôle bien infime dans la pathogénie de ces troubles ?

Quant à l'Observation V, elle se passe de commentaire ; sa lecture seule suffit pour convaincre de l'origine tuberculeuse de la sciatique double.

Allons même au devant des objections possibles, et ne tenons compte que des observations très positives, c'est-à-dire celles où on ne trouve en présence que sciatique et tuberculose. Elles sont au nombre de 6 sur 43 cas examinés ; d'où une proportion de 17 %, tout doute expurgé.

Pour nous qui avons vu, examiné ces malades, de façon à ne conserver, en conscience, aucun doute, sur ces 43 cas, nous avons reconnu la tuberculose 12 fois en cause directe (Obs. I à XII), ce qui nous donne un pourcentage effectif de 27 %.

B.) Service de M. le professeur J. Courmont.

A l'Antiquaille, dans le service de médecine du professeur J. Courmont, nous avons eu également la possibilité de voir quelques cas de sciatique d'origine tuberculeuse et de dresser une statistique.

Sur dix-huit cas de sciatique qui ont été soignés dans ce service, depuis trois ans, nous en avons relevé cinq (Obs. XIII, XIV, XV, XVI, XVII), dont l'origine bacillaire ne saurait être méconnue.

Cette constatation prend ici une importance toute particulière car, même les plus incrédules ne pourraient soupçonner, chez nos malades, l'existence d'une tare alcoolique, tant est grande la minutie

avec laquelle le docteur Courmont cherche à la dépister.

Cette statistique nous donne, en faveur de l'étiologie tuberculeuse, un pourcentage de 27,5 %, exactement le même que celui observé à la Clinique de M. le professeur Bondet.

Statistique de Carrière. — De notre statistique nous tenons à rapprocher celle de Carrière : sur 51 observations relatées dans sa thèse, il a constaté 12 sciatiques bacillaires, existant seules ou coexistant avec d'autres névrites de même origine. C'est donc une proportion de 24 %, se rapprochant beaucoup de la nôtre. Il est juste d'ajouter que Carrière a éliminé les cas mixtes avec autant de rigueur que nous, pour bien montrer l'importance que prennent ces deux statistiques, faites à neuf ans d'intervalle, l'une à Bordeaux, l'autre à Lyon.

Nos chiffres sont suffisamment éloquents par eux-mêmes pour que nous jugions utile d'insister.

D'aucuns, difficiles à convaincre, même par l'évidence, verront peut-être encore là une simple question de coïncidence.

Si cette hypothèse était soutenable à tous égards, elle ne le serait certainement pas au point de vue scientifique, car il est dans les attributs de la clinique, et c'est un de ses rôles les plus beaux, de montrer les coïncidences et les rapports nouveaux qui seront le point de départ de travaux, susceptibles d'éclairer subitement des questions restées jusque là inconnues ou mystérieuses.

Comparaison des statistiques. — Comment expliquer les divergences sensibles qui existent entre la statistique de Friot et la nôtre ?

En parcourant les diverses observations de sciatique que nous avons pu recueillir dans les Hôpitaux, nous avons été frappé, de rencontrer fréquemment, au diagnostic, cette mention : *sciatique essentielle*, alors même que cette affection prenait l'allure de la sciatique-névrite, dont la symptomatologie a été bien décrite par Lasègue et Landouzy.

Après la description des signes classiques de la sciatique, l'examen est achevé et, négligemment, par habitude peut-être, on ajoute quelque peu d'un style médical télégraphique, souvent erroné en sa brièveté : Rien au cœur, rien aux poumons.

La pathogénie de l'affection ne semblant devoir rien changer au traitement, on ne cherche pas outre mesure à se rendre compte de ce qui a pu provoquer l'apparition d'une sciatique chez des individus dans les antécédents desquels on ne trouve aucune explication plausible de cette manifestation morbide.

Nous sommes persuadé qu'ainsi bon nombre de sciatiques d'origine tuberculeuse ont échappé à l'investigation clinique.

C'est qu'en effet la tuberculose au début est très difficile à déceler de par les procédés cliniques : l'individu est depuis longtemps un bacillaire, que les lésions du parenchyme pulmonaire ne donnent lieu à aucun signe physique, saisissable par la percussion ou l'auscultation même la plus délicate ; au moment où l'induration d'un sommet peut être

diagnostiqué, l'organisme est déjà infecté par les toxines du bacille de Koch et, à distance, des lésions d'origine toxinique peuvent évoluer, alors que le foyer principal, producteur du principe nocif, est encore inconnu.

Quoi d'étonnant, dès lors, à ce que, jadis, les cliniciens les plus distingués n'aient pu déceler la tuberculose pulmonaire dans les cas, relativement fréquents, où on voit la sciatique coïncider si nettement avec le début de la bacillose, qu'on lui accorderait presque la valeur d'un signe précurseur?

Parmi ces diagnostics si nombreux de sciatique essentielle, nul doute qu'une bonne partie ne fût justiciable de cette interprétation, et nous en donnerons la preuve formelle dans notre chapitre V, « La sciatique devant le séro-diagnostic de la tuberculose ».

Grâce à la découverte d'Arloing et P. Courmont, nous pouvons, à l'heure actuelle, établir le diagnostic précoce de la tuberculose, et nous verrons avec quelle fréquence nous avons, dans les sciaticques essentielles, vu évoluer l'infection bacillaire.

De plus, Friot a établi sa statistique sur une très mauvaise base; il a, en effet, examiné des tuberculeux, et noté combien de fois chez eux il trouvait la sciatique.

C'est là un principe faux pour établir un pourcentage exact des relations des deux affections; il est de toute évidence qu'il faut, au contraire, rechercher tous les cas de sciatique possibles, et en extraire ceux dont le facteur étiologique manifeste est le

bacille de Koch, car, encore une fois, bien des malades sont des tuberculeux et ne peuvent pas être reconnus comme tels, par les seuls moyens dont disposaient alors Peter et Friot.

CHAPITRE III

Allure clinique de la sciatique tuberculeuse.

Il serait difficile d'esquisser un tableau symptomatique original de la sciatique tuberculeuse, qui présente, en général, une évolution à peu près semblable à celle des sciatiques d'origine différente. Toutefois, nous voulons formuler ici les conclusions auxquelles nos observations nous ont conduit, après un examen consciencieux, et voir si elles répondent bien aux assertions des auteurs qui ont déjà étudié ce sujet.

AGE. — Le Professeur Peter, dont les deux cas avaient été observés chez des malades assez âgés, attribuait un grand rôle à l'influence de la phthisie de la cinquantaine sur l'apparition de la sciatique. Friot, dans sa thèse, soutient la même idée.

Sans relater ici l'observation de Martinet, celles de Villedieu, nous avons pu nous convaincre que c'était là une pure hypothèse basée sur une coïnci-

dence de constat, et nous avons vu la sciatique tuberculeuse évoluer à tous les âges.

SEXE. — De même pour le sexe : nous l'avons retrouvée beaucoup plus souvent chez l'homme que chez la femme, mais toujours dans des proportions identiques à celles des névralgies sciatiques ordinaires.

SIÈGE. — La sciatique bacillaire n'a aucune prédilection pour l'un ou pour l'autre côté ; tantôt elle siège à gauche, tantôt à droite ; elle est quelquefois double.

En 1872, Perroud émit une opinion curieuse : la sciatique d'origine tuberculeuse siégeait, presque toujours, d'après lui, du même côté que le poumon le plus affecté, et il voyait, dans cette constatation, un bon signe de diagnostic différentiel entre la sciatique bacillaire et les autres genres.

Lorber, dans sa thèse, émet la même idée ; pour lui, les névralgies observées dans le cours d'une tuberculose pulmonaire siègent, le plus souvent, du côté du maximum des lésions.

Nos observations ne nous permettent pas d'approuver ces hypothèses, nous voyons là une simple question de coïncidence, peut-être bizarre, mais dont une explication rationnelle ne nous semble pas pouvoir être donnée.

EPOQUE D'APPARITION. — L'époque d'apparition de la sciatique chez les tuberculeux est un des points les plus intéressants à étudier.

Chez les deux malades de Peter (XVIII), chez trois

de ceux dont Friot et Lorber rapportent l'observation (XX. XXI), la sciatique a coïncidé nettement avec le début de la tuberculisation pulmonaire.

Il en était de même dans le cas rapporté, en 1883, par Landouzy (XXIII).

L'observation de Notta est typique à cet égard (XXII). Frappé par ces faits sur lesquels Peter et Landouzy avaient attiré l'attention, nous les avons vérifiés.

Sur la plupart de nos malades (Obs. VI, VII, IX, X, XIV, XV), la sciatique a fait son apparition au début de l'affection causale, et cela d'une façon très nette. Toutes les observations rapportées au chapitre V en sont aussi des exemples frappants, puisque l'aide du séro-diagnostic seul a pu mettre en cause l'infection tuberculeuse.

Nous avons eu, tout dernièrement, l'occasion de voir, dans le service de M. le Professeur Lépine, un malade dont l'observation nous semble typique.

Sans cause appréciable, cet homme, de constitution assez robuste, est atteint de sciatique unilatérale, pour laquelle il entre à l'Hôpital. Quelques jours après sa sciatique devient double, et on voit survenir chez lui des phénomènes généraux (fièvre, dyspnée, abattement, etc.) d'une telle intensité que, en l'absence de signes pulmonaires, on émet l'hypothèse d'une staphylococciose.

Le malade meurt et, à l'autopsie, on trouve des lésions généralisées de granulie.

L'idée de Peter et de Landouzy est donc parfaitement juste: la sciatique frappe souvent le malade

avant toute lésion bacillaire cliniquement révélablè, constituant ainsi le premier indice, le signe précurseur de l'invasion d'un organisme par le bacille de Koch.

Que restè-t-il d'exact, après cette vérification clinique, des allégations de Lesage concluant ainsi dans sa thèse: « Les névrites tuberculeuses évoluent presque toujours dans le cours de tuberculoses pulmonaires chroniques arrivées à là phase cavitaire; ce fait nous permet de supposer le grand rôle joué par les infections secondaires banales, toujours si fréquentes dans ces conditions ? ».

Si Lesage a voulu parler des polynévrites bacillaires, généralisées, peut-être sommes-nous d'accord avec lui, mais, considérant la sciatique d'origine tuberculeuse comme une sciatique-névrite, et là voyant évoluer très souvent au début de l'affection pulmonaire, nous tenions à faire remarquer ce qu'il y avait de faux dans cette assertion attribuant aux infections secondaires banales un rôle primordial dans là pathogénie des névrites tuberculeuses.

Dans d'autres cas, au contraire, là sciatique est plus ou moins tardive: ce n'est qu'un épiphénomène venant ajouter son action à celle d'une tuberculose déjà préexistante.

Quant au point d'apparition de prédilection de là sciatique chez les tuberculeux, nous sommes fort éloigné de l'avis de Villedieu. « Tantôt, dit-il, le malade a ressenti les premières atteintes du mal à là région trochantérienne, tantôt à là cuisse, à là jambe, au pied; rien de fixe en un mot ».

Nous n'avons jamais observé pareil fait chez nos malades : chez eux les douleurs ont toujours débuté dans la fesse et la cuisse, quelquefois par un lombago, et nous n'en avons jamais rencontré qui se soient plaints *primitivement*, de douleurs nettement localisées, au pied ou à la jambe, par exemple.

Souvent, il est vrai, tout-à-fait au début de leur affection, les malades nous ont dit avoir ressenti quelques douleurs erratiques, paroxystiques, mais très passagères, dans le membre inférieur.

Ce sont là, vraisemblablement, ces cas de « fausses sciatiques » du professeur Weill, qui ne présentent ni les points de Valleix, ni aucun signe constant, et relèvent plutôt d'une hyperexcitabilité du système nerveux. « Ce sont de fausses sciatiques, dit Weill, comme on en voit, chez les hystériques ».

A notre avis, Villedieu nous semble avoir confondu ces douleurs hystériformes avec les douleurs réelles, continues, de la sciatique bacillaire.

Symptomatologie. — Comme signes cliniques, les points de Valleix, les signes de Bonnet, de Lasègue, l'abaissement du pli fessier (Bondet), les troubles de la démarche, en un mot le tableau symptomatique est absolument conforme à celui d'une sciatique ordinaire.

Il est, toutefois, quelques symptômes sur lesquels nous voulons insister, car, à eux seuls, ils peuvent retenir l'attention du clinicien et la fixer sur le point étiologique, difficile à saisir.

1^o LA DOULEUR. — La douleur, dans les sciatiques

tuberculeuses, revêt un mode presque caractéristique.

Perroud l'avait définie : « Peu aiguë, peu longue, peu opiniâtre », bien à faux, du reste.

A). Elle est, en général, spontanée, d'intensité moyenne, quelquefois violente cependant, et surtout *continue*, énervant le malade, ressentie aussi bien au repos qu'à l'occasion des mouvements, empêchant le sommeil; présentant rarement ces excès paroxystiques intolérables, entrecoupés de rémissions plus ou moins longues qu'on observe si fréquemment dans les sciatiques autres.

Un des malades de Villedieu fut obligé de prendre de la morphine pour pouvoir goûter, chaque nuit, quelques instants de sommeil.

Un autre était tellement agacé par ces douleurs qu'il fût plusieurs fois sur le point de mettre fin à ses jours.

B). Cette douleur s'installe progressivement et les malades éprouvent tout d'abord, plutôt une sensation de tension et de pesanteur, puis de cuisson qui, petit à petit, se transforme en sensation de tiraillement douloureux.

Cependant, et c'est là un fait digne de remarque, chez deux de nos malades (IX, XI), les douleurs ont apparu d'emblée, très vives, « en coup de fouet ». Mais elles sont ainsi survenues chez des individus alcooliques, et nous pensons qu'il y a, dans l'association des deux facteurs (tuberculose et alcoolisme), l'explication d'un début, qui est exceptionnel.

C). Villedieu écrit dans sa thèse : « Ce qui nous a

surtout frappé, dans ce phénomène de la douleur, c'est sa non-réapparition après une atteinte de longue durée ».

Nous ne sommes encore pas de l'avis de Villedieu, si tant est qu'il soit réellement convaincu de ce qu'il avance; car, nous dit-il, chez tous ces malades, au nombre de « onze », il a observé ce fait, sauf toutefois, chez quatre d'entre eux. Il y a déjà, là, une proportion de récidives qui nous permet, à *priori*, de croire que la sciatique bacillaire peut facilement faire une double apparition; de fait, nous avons eu l'occasion d'observer ces retours chez nos malades des observations II et VI, et il ne s'agit point là de recrudescence.

D). Cette douleur est extrêmement tenace, et contraste singulièrement avec la fugacité et la variabilité d'intensité des douleurs des autres sciaticques; celles-ci peuvent être assez facilement calmées par l'emploi des médicaments nervins; antispasmodiques; celle-là, au contraire, résiste à l'administration des plus hautes doses d'antipyrine, de phénacétine, de KBr; seule, la méthode antiphlogistique, révulsive intense, peut l'améliorer souvent, la guérir très rarement.

2° L'ATROPHIE MUSCULAIRE. — L'atrophie musculaire est une conséquence, presque inévitable, de la sciatique tuberculeuse; elle s'installe assez rapidement, quelquefois huit ou dix jours après le début des douleurs.

Nous l'avons observée, plus ou moins prononcée, chez la plupart de nos malades, alors même que

ceux-ci n'étaient pas restés confinés au lit : ceci dit, pour montrer qu'elle ne peut pas être mise sur le compte de l'immobilité, comme certains auteurs l'ont prétendu.

Du côté de la peau, nous avons souvent noté une pâleur nette des téguments, ressemblant au glossy-skin des Anglais; des troubles variés de la sensibilité; certains troubles trophiques (chute des poils de la jambe, cassures des ongles, etc...), une diminution presque constante de la contractilité faradique et une augmentation de volume du nerf, perceptible à la palpation.

Sciatique tuberculeuse : névralgie ou névrite. — Comme on l'a vu, nous venons de refaire, presque intégralement, le tableau symptomatique de la sciatique-névrite, telle que l'avaient décrite Lasègue, Lancereaux, Landouzy.

La sciatique tuberculeuse, en effet, de par les caractères de sa douleur, de par l'atrophie musculaire qui l'accompagne et les troubles trophiques concomitants, est bien une sciatique-névrite.

Sans doute, et plus spécialement (nous reviendrons d'ailleurs sur ce point) dans les formes ulcéreuses de la tuberculose on ne rencontre que des douleurs vives, irradiées dans le trajet du sciatique, sans atrophie, sans grossissement du tronc nerveux; mais est-ce là une raison pour rejeter l'hypothèse d'une névrite dans laquelle l'altération du nerf ne serait pas perceptible cliniquement?

La sciatique tuberculeuse est vraisemblablement

due — et c'est un point que nous éluciderons tout à l'heure — à l'action sur le nerf des toxines sécrétées par le bacille de Koch et, à notre avis, cette action doit évidemment se traduire par une lésion du tronc plus ou moins appréciable.

Le terme névralgie répond, d'ailleurs, dans notre esprit, à l'idée clinique que nous nous faisons de l'évolution et du caractère de cette affection, mais, anatomiquement, il relève d'une fausseté, d'une erreur d'interprétation.

Même dans l'hypothèse de ces sciaticques essentiellement bénignes dues à l'action du refroidissement, de l'humidité, il y a altération du nerf par hyperémie ou anémie; il doit bien exister un changement dans la structure normale, dans l'état cellulaire ordinaire, puisqu'il y a douleur et que, somme toute, la douleur résulte toujours d'un déséquilibre fonctionnel ou organique. La lésion est peu sensible, transitoire, soit, mais elle n'en a pas moins existé et, dès lors qu'il y a eu altération anatomique du nerf, permanente ou passagère, faible ou marquée, il y a eu névrite.

A plus forte raison, lorsqu'il s'agit d'une action énergétique, nocive, comme l'est celle des toxines du bacille de Koch.

Nous ne voudrions pas refaire ici la pathogénie des névrites périphériques d'origine bacillaire; Pitres et Vaillard, Carrière, Dieulafoy ont démontré la réalité de leur nature périphérique, en maints travaux et, cependant, Lesage, dans sa thèse de 1900, la met en doute.

On admet, sans conteste aujourd'hui, que les produits de sécrétion des microbes, les toxines, ont une action élective assez particulière sur le système nerveux. Charrin a soigneusement étudié l'action des produits microbiens sur le système vaso-moteur; Arloing a signalé celle des produits de cultures du staphylocoque doré sur le système nerveux vasodilatateur; Roux, Yersin, Babinski ont enfin vérifié ces données en ce qui concerne les troubles nerveux consécutifs à l'injection de toxines diphtériques. Pourquoi ne nous serait-il pas permis de penser que le bacille de Koch, comme ses congénères, peut, par ses produits solubles, agir sur le système nerveux ?

« Ne serait-il pas étonnant, dit Landouzy, *a priori* au moins, que, dans « une maladie générale, *totius « substantiæ*, comme la tuberculose, le système « périphérique fût seul épargné ? »

Les intoxications par le plomb, l'alcool, l'arsenic, pour ne citer que celles-là, produisent, c'est un fait d'observation journalière, des douleurs, des parésies, des atrophies musculaires, des troubles de la sensibilité.

* Ne sont-ce pas là tous les symptômes que nous avons signalés chez nos tuberculeux, atteints de sciatique ?

Les lésions anatomiques qui correspondent à ces symptômes dans les intoxications sont des lésions périphériques, et ce sont précisément les mêmes qu'ont rencontrées Pitres et Vaillard, Carrière, chez leurs tuberculeux.

« Il existe, écrit le professeur Dieulafoy, des

« névrites périphériques provoquées par l'infection
« tuberculeuse, et analogues aux névrites périphé-
« riques occasionnées par le tabès, l'alcoolisme, le
« diabète. Anatomiquement, elles ont tous les carac-
« tères de la névrite parenchymateuse ».

Sans aller plus loin dans cette discussion, dont la thèse de Carrière est un savant résumé, il nous est bien permis de dire que la tuberculose peut localiser son action sur un tronc nerveux, comme le sciatique, et créer ainsi, de toutes pièces, une sciatique-névrite d'origine toxinique bacillaire.

Coïncidence de la sciatique avec d'autres névrites. — Il ne nous a jamais été donné d'observer la coïncidence de la sciatique avec d'autres névrites de même origine ; Carrière en a toutefois observé quelques cas.

Lorsque ce fait se produit, c'est toujours dans les formes à évolution rapide, ou dans les périodes avancées de la tuberculose, lorsque l'intoxication bacillaire a amené une déchéance organique considérable de tous les tissus, et spécialement du système nerveux.

Mais, c'est là l'exception et, en 1894, Carrière disait, dans sa thèse : « La sciatique semble bien moins fréquente à la période terminale, celle où, au contraire, les troubles nerveux sont de beaucoup les plus nombreux ».

CHAPITRE IV

Pronostic et Traitement.

Nous abordons, dans ce chapitre, la question vraiment délicate de ce sujet : la sciatique tuberculeuse comporte-t-elle, en elle-même, un pronostic spécial de l'affection causale ? Comment devons-nous l'interpréter ?

En 1879, Peter et son élève Friot la considéraient comme un signe probable de début de la tuberculose, mais ils voyaient dans son apparition l'indice d'une marche rapide de la maladie ou de son aggravation, et le présage d'une terminaison funeste. Elle annoncerait, d'après eux, *une altération méningée ou médullaire*.

Plus récemment, Villedieu, dans sa thèse de Lyon (1901), formule des conclusions à peu près semblables : « La sciatique chez les tuberculeux se trouve dans les formes lentes et consomptives ; elle est liée aux formes graves de la bacilliose qui s'accompagnent d'hémoptysies, de vomissements, de violents accès de toux et d'oppression ».

Examen des théories de Peter et de Friot. — L'interprétation de Peter et de Friot est, tout d'abord, contraire à ce que nous savons de la pathogénie des névrites périphériques.

Auché, Joffroy, Pitres et Vaillard, Klippel, Carrière ont fait table rase de la théorie d'Arthaud qui prétendait que les névrites étaient consécutives à des altérations méningées spéciales, donnant fatalement lieu à une névrite radiculaire. Jamais ces auteurs n'ont pu retrouver ces légions méningées; quant à la névrite radiculaire, ils ne l'ont pas davantage observée; bien plus, « alors même qu'un « nerf, le sciatique par exemple, présentait dans sa « partie périphérique, des altérations névritiques « très avancées, ses racines lombaires dissociées « étaient remarquables par l'intégrité de leurs « fibres ».

De même, bien des auteurs ont essayé de retrouver ces lésions médullaires, sous la dépendance desquelles on a voulu mettre la névrite, mais en vain.

Pourquoi, en présence de troubles visibles, appréciables, aller chercher des lésions que l'on ne peut voir, que l'on découvrira peut-être, mais dont, à l'heure actuelle, l'existence est absolument problématique?

Sans doute, ce que nous savons de l'action trophique des cellules de la substance grise de la moelle nous permet de comprendre les lésions des fibres nerveuses qu'elles tiennent sous leur dépendance, quand, surtout, ces cellules nous semblent altérées.

Mais, si ces altérations manquent, n'est-il pas permis de penser que la fibre nerveuse peut avoir subi seule l'action d'un agent pathogène, la cellule restant saine? On nous objectera, et c'est là l'opinion de Babinský, que le cylindre-axe, partie essentielle du nerf, n'est autre chose qu'un prolongement d'une cellule nerveuse dont il dépend étroitement, et que rien n'empêche d'admettre qu'une altération morphologique très légère de la cellule se traduira exclusivement par des lésions des parties périphériques de ce corps cellulaire.

Mais, est-il juste de considérer le cylindre-axe comme un prolongement de la cellule dont il dépend étroitement?

En 1894, au Congrès de Clermont-Ferrand, le professeur Renaut a répondu à ce sujet à Babinsky.

Sans doute, d'après lui, le cylindre-axe est bien un prolongement de la cellule ganglionnaire, mais c'est plutôt un membre de celle-ci qu'une simple expansion absolument dépendante du conditionnement nutritif et, conséquemment, du trophisme du corps cellulaire qui l'a fourni.

Dans cette conception, que vient d'ailleurs corroborer la structure complète du filament nerveux si on le compare au filament de Deiters initial, on peut et on doit admettre qu'un cordon nerveux, est tout-à-fait disposé pour effectuer des processus réactionnels autonomes dans nombre de circonstances.

Pourquoi, dès lors, aller chercher des hypothèses de lésions à distance, inconstatables, quand on en a

sous la main de tangibles, expliquant parfaitement les symptômes observés ?

Charcot ne crut jamais qu'on dût toujours trouver une lésion des cornes grises dans toutes les atrophies musculaires ; l'anatomo-pathologiste, chez lui, arrêta toujours le théoricien et il n'admit jamais que l'existence des seules lésions que le microscope lui permit de constater.

Il ne nous a pas été donné de vérifier, chez nos malades, l'assertion de Peter et de Friot sur l'aggravation de la tuberculose coïncidant avec l'apparition de la sciatique.

Ce serait bien, il est vrai, le cas du malade du professeur Lépine, dont nous avons parlé dans le chapitre précédent, mais c'est là un fait unique dans nos observations. Certes, elle peut débiter avec une aggravation momentanée des symptômes pulmonaires, par exemple à l'occasion d'une bronchite venant donner un coup de fouet à l'évolution de la bacillose, mais nous n'avons jamais constaté qu'elle fût, à proprement parler, le point de départ d'un processus plus rapide de l'infection tuberculeuse aboutissant à une issue fatale.

Quant aux conclusions de Villedieu, elles ne nous semblent pas justifiées par nos recherches. Il a confondu, à notre avis, le pronostic de la sciatique tuberculeuse vraie avec celui de ces douleurs erratiques, paroxystiques et passagères qu'on rencontre dans ce que Weill appelle « les fausses sciatiques ». Calba, dans sa thèse, a particulièrement insisté sur ces formes douloureuses associées, la plupart du temps,

à d'autres manifestations multiples sur le trajet des nerfs; elles sont, dit cet auteur, d'une importance pronostique sérieuse et sont liées aux formes graves de la tuberculose qui s'accompagnent d'hémoptysies, de vomissements, d'accès de toux et d'oppression très violents.

Comme on le voit, Villedieu a emprunté les termes mêmes de Calba, mais en les rapportant à des symptômes bien différents et, d'ailleurs, il est difficile de retrouver, dans les observations citées par lui, l'allure grave de ces tuberculoses à processus rapide et inquiétant.

Idées personnelles. — Il nous reste à voir, maintenant, ce que de nos observations, de notre examen de malades assez nombreux nous pouvons déduire sur le pronostic de la sciatique tuberculeuse, à étudier les conséquences qui nous ont paru découler de nos recherches propres.

1^o La sciatique, signe de début de la tuberculose pulmonaire.

Le fait le plus saillant et qui nous a tout d'abord frappé, est la fréquence relativement grande de l'apparition de la sciatique dès le début de la bacillose pulmonaire, précédant même toute manifestation objective ou subjective de cette infection.

Ayant à notre appui l'autorité du séro-diagnostic, nous avons pu constater, au-delà même de nos espérances, combien cette précession de la sciatique sur l'affection pulmonaire était fréquente.

On se trouve, généralement, en présence de mala-

des entrant à l'hôpital exclusivement pour leurs douleurs sciatiques, et ne se plaignant nullement de manifestations pulmonaires; le clinicien doit rechercher celles-ci pour s'en douter, et les rechercher avec beaucoup de soin, ausculter très souvent le patient.

Qu'on examine les observations I, II, III, V, VI, VII, VIII, X, XI, XV, XVII, et on remarquera avec quelle précision la sciatique apparaît, au début du cortège des signes physiques de la bacillose.

D'un autre côté, si on examine attentivement les observations relevées au chapitre V (Du séro-diagnostic), on sera encore plus surpris de retrouver partout des tuberculeux latents, là où on était en droit, de par la symptomatologie, de penser qu'on n'avait affaire qu'à des manifestations purement névralgiques.

Prenons les observations A et C, par exemple.

Dans la première nous voyons une femme atteinte de douleurs sciatiques dans le membre inférieur gauche, venue à l'hôpital y chercher un soulagement. La sciatique est classique, mais, dans les antécédents de la malade, on ne trouve aucune cause qui puisse l'expliquer.

M. P. Courmont fait alors le séro-diagnostic : il est positif.

En présence de cette réaction, le professeur Bonnet ausculte soigneusement et, quelques jours après, découvre les premiers signes d'une induration du sommet droit.

Dans la deuxième, un malade vient encore à

l'hôpital pour sciatique gauche. L'examen viscéral est entièrement négatif. Il y a certes bien la bacillose dans ses antécédents, mais, étant donné l'absence des signes de cette affection, on ne s'y arrête pas.

M. P. Courmont fait encore le séro-diagnostic : il est positif au 1/10^e. On ausculte alors le malade très soigneusement et, un mois et demi après son entrée, on note un début d'induration du sommet droit.

La sciatique n'était-elle réellement pas, dans ces cas, l'indice d'une tuberculose latente ?

Nous croyons fermement que si, et nous l'avons rencontrée si souvent accompagnant ou précédant le début de l'affection pulmonaire, que nous n'hésitons pas « à lui attribuer une importance sérieuse, « à lui accorder la valeur d'un signe pronostique de « premier ordre de début des lésions bacillaires ».

Si nous n'avions pas eu, à notre disposition, le séro-diagnostic, nous aurions laissé dans l'obscurité, ignorés, bien des cas de sciatique tuberculeuse, la clinique ayant été impuissante à nous montrer la relation des deux affections, en nous révélant la bacillose; aussi, devant nos résultats vraiment étonnants, nous nous croyons autorisés à dire que : « En présence d'une sciatique dont le facteur étiologique n'est manifestement pas évident, le clinicien doit toujours appeler à son aide l'épreuve de la séro-réaction tuberculeuse ».

2^o *Sciatique et tuberculose atténuée.* — Dans toutes les sciatiques que nous avons observées, nous avons vu que cette affection était d'intensité douloureuse,

d'évolution assez lente et d'une ténacité caractéristique.

Il y a divers degrés dans ces caractères : dans les tuberculoses ulcéreuses, par exemple, ou à la troisième période de l'affection pulmonaire, nous avons dit qu'on se trouvait alors plutôt en présence de douleurs névralgiques, paroxystiques, associées ou non à diverses manifestations névritiques multiples et, en général, assez faciles à calmer : tel est le cas de notre observation XII.

D'autres fois, au contraire, nous avons eu affaire à des sciatiques graves, par la continuité de leurs douleurs, par la rapide atrophie musculaire qu'elles provoquaient et extrêmement rebelles au traitement, et nous les avons observées particulièrement dans les formes lentes et apyrétiques de la tuberculisation pulmonaire.

Il semble qu'avec ces sciatiques rebelles, l'affection tuberculeuse marche ou débute avec les allures d'une forme chronique, lente, atténuée. Tels ont été nos malades des observations VI, VIII, IX, XV ; tels étaient ceux de Peter (XVIII), de Lorber (XXI).

En 1894, Carrière avait déjà remarqué que, sur 77 malades chez lesquels il avait observé des névrites, chez 35 la tuberculose évoluait d'une manière lente, et d'autant plus lente que les névrites étaient plus graves.

Ce fait semble paradoxal : que ce soit précisément dans les cas où la tuberculose évolue rapidement, dans les formes ulcéreuses, qu'on observe ces sciatiques à forme névralgique, peu graves, et qu'au

contraire, aux formes atténuées, lentes, correspondant les sciaticques rebelles et graves.

Sans doute, et c'est là un fait que nous avons constaté, mais que nous aurions de la peine à expliquer.

Toutefois, n'est-il pas permis de penser que, dans les tuberculisations à processus lent, la virulence des produits de sécrétion du microbe peut varier? Nous croyons fermement à ces variations et, si nous en avons eu le temps, nous aurions recherché si les bacilles que l'on retrouve dans les crachats des malades atteints de tuberculose lente, avec sciaticque ou troubles nerveux en général, ne présentent pas une virulence plus grande que celle des bacilles qu'on recueille chez les malades ne faisant qu'une lésion pulmonaire.

Traitement

La tuberculose donne donc bien naissance au phénomène névritique, mais, une fois déclarés, les deux processus se développent chacun de leur côté gardant l'un vis-à-vis de l'autre une réelle indépendance. C'est de cette donnée que doit s'inspirer le traitement.

« De ce qu'une névrite, dit Raymond, s'est développée sous l'influence d'une cause spécifique, de ce que vous lui avez reconnu une origine syphilitique, paludéenne, n'allez pas en conclure que vous en viendrez à bout à l'aide d'un traitement anti-syphilitique, antipaludéen ».

Il faut donc soigner indépendamment et sciati-

que et bacilluse. Nous n'avons pas l'intention, ici, de passer en revue les inombrables traitements que l'on a mis en jeu pour essayer d'enrayer la douleur de la sciatique ; nous nous contentons de rappeler que l'emploi des calmants au système nerveux, des analgésiques ne nous ont jamais donné presque de résultats.

Il faut, pour la sciatique tuberculeuse, avoir recours à la méthode antiphlogistique énergique (pointes de feu, pulvérisations au chlorure de méthyle, stypage).

Les bains de caisse, les douches de vapeur, les injections sous-cutanées d'air pourront donner de bons résultats.

Mais il faut toujours prolonger le traitement, car l'affection est très tenace et très rebelle.

CHAPITRE V

La sciatique devant le séro-diagnostic de la tuberculose

Etant donnés les nombreux cas de sciatique, dite essentielle, dans lesquels la clinique est impuissante à déceler, si elles existent, le début des lésions pulmonaires, nous avons cru intéressant de soumettre ces cas douteux à l'épreuve du séro-diagnostic, et les résultats que nous avons obtenus ont dépassé toutes nos espérances.

C'est en 1898 que M. le professeur Arloing rechercha l'agglutination du bacille de Koch et l'appliqua le premier au séro-diagnostic de la tuberculose. La condition préalable la plus difficile était d'obtenir des cultures liquides, homogènes, de bacilles de Koch. Après avoir obtenu par une série de manipulations qu'il a fait connaître (voyez *Compte-rendu de l'Académie des Sciences*, 16 mai 1897), ses cultures homogènes en bouillon glycérimé, le professeur Arloing constata que le sérum sanguin de certains

animaux, imprégnés de tuberculine ou inoculés avec des bacilles tuberculeux atténués, les agglutinait avec énergie. Poursuivant ses essais sur un nombre suffisant de malades, il se convainquit que la séro-agglutination pourrait s'appliquer au séro-diagnostic de la tuberculose humaine.

C'est alors qu'avec M. le professeur agrégé Paul Courmont, il se lance dans la voie des applications, et après une statistique générale portant sur plus de 400 cas, put formuler les conclusions générales et les applications cliniques de la méthode.

« Pour les cas de tuberculose pulmonaire peu
« avancée, disent ces auteurs, le pouvoir aggluti-
« nant du sérum est presque constant, mais à des
« degrés divers ; il varie de 1 pour 5 à 1 pour 20 et
« plus. Le pouvoir agglutinant chez les tuberculeux
« paraît, le plus souvent et dans certaines limites,
« en raison inverse de la gravité de l'infection ou de
« l'étendue des lésions.

« Chez les malades atteints d'affections diverses
« et chez lesquels la clinique ne révèle pas des signes
« certains de tuberculose, la séro-réaction permet
« de déceler un grand nombre de tuberculoses
« latentes.

« De même, chez les sujets sains en apparence,
« la réaction agglutinante, absente le plus souvent,
« est positive dans un certain nombre de cas dont
« les chiffres correspondent à ce que l'on sait de la
« fréquence de la tuberculose latente. Par consé-
« quent, en pratique : une séro-réaction positive,
« chez un sujet suspect, sera un *signe de grande*

« valeur pour établir l'existence d'une tuberculose
« viscérale. Au contraire, chez un sujet soupçonné
« de tuberculose, mais sans signe clinique évident
« et sans symptôme de gravité, l'absence de pouvoir
« agglutinant paraît avoir une grande valeur pour
« contribuer à éliminer cette affection.

« En résumé, la séro-réaction tuberculeuse nous
« paraît constituer un procédé rapide, inoffensif
« pour le malade, et d'une grande valeur pour le
« diagnostic précoce de la tuberculose, surtout chez
« les sujets suspects de lésions pulmonaires au
« début ».

M. le professeur agrégé P. Courmont a fait lui-même tous nos séro-diagnostic ; étant données les variabilités assez grandes que peuvent donner les séro-réactions, nous étions donc placé dans toutes les conditions requises de rigueur et de précision scientifique, grâce à l'autorité de notre maître.

Tous les séro-diagnostic ont été faits avec la même culture (culture A). Nous avons expérimenté sur douze malades chez lesquels l'étiologie de la sciatique était obscure, et nous relatons ci-après les douze observations.

OBSERVATION A (Personnelle).

Sciatique gauche. — Séro-diagnostic positif. Tuberculose pulmonaire décelée après le séro-diagnostic.

Antoinette T..., 30 ans. Entre service du professeur Bondet, salle B. Teissier, n° 18, en juillet 1898.

Rien à noter dans les antécédents de la malade.

Depuis un mois, sans cause appréciable, elle souffre de douleurs continues dans le membre inférieur gauche.

La sciatique est complète, et s'accompagne d'atrophie de la cuisse.

L'examen de tous les organes est négatif.

M. le professeur P. Courmont fait alors le *séro-diagnostic* : franchement positif.

En présence de cette réaction, M. le professeur Bondet ausculte la malade et découvre les signes d'une induration du sommet droit avec râles fins et porte le diagnostic ferme de tuberculose.

OBSERVATION B

(Thèse Villedieu.)

Sciatique ; hémoptysies ; épanchement pleural ; séro-diagnostic positif.

J. M..., 44 ans, vient à l'Hôtel-Dieu, service de M. Poncet, pour douleurs des doigts.

Antécédents héréditaires : mère morte, à 52 ans, de bronchite chronique ; un frère mort bacillaire.

Antécédents personnels : Bronchite longue à huit ans.

Il y a neuf ans, influenza, qui lui laisse une toux très marquée ; à la suite, hémoptysies, épanchement pleural, amaigrissement.

En même temps, sciatique dans le membre inférieur droit ; douleurs très violentes ayant duré un mois et entraîné l'impotence du membre.

Aujourd'hui, phénomènes douloureux des articulations de la main et du pied droits, que M. le professeur Poncet diagnostique : rhumatisme tuberculeux.

Séro-réaction positive à 1/15, à deux reprises différentes. (P. Courmont).

OBSERVATION C (Personnelle).

Sciatique gauche rebelle, — Séro-diagnostic positif. — Ancienne pleurésie avec hémoptysies. — Induration du sommet.

V... Jean, 35 ans. Entre, le 30 juin 1903, salle Saint Augustin, n° 21. Mère morte à la suite d'une pleurésie.

Personnellement, à 30 ans, pleurésie gauche, érysipèle du cuir chevelu. Hémoptysie dans le cours de sa pleurésie. Pas de syphilis ; pas de rhumatisme ; pas d'alcoolisme actuel.

Il y a quinze jours, début de douleurs assez fortes dans la jambe gauche qui, non calmées par des topiques, le font entrer dans le service du professeur Bondet.

Sciatique gauche classique, sans atrophie.

Le premier examen des organes est négatif. Le malade ne tousse pas, ne crache pas, n'a pas maigri. Température normale.

Le *séro-diagnostic* est fait le 5 août, c'est-à-dire un mois après son entré : positif au 1/10 (Professeur P. Courmont).

Les douleurs ne sont pas calmées par les révulsions intenses qu'on lui fait.

Devant l'indication du *séro-diagnostic*, on ausculle soigneusement le malade et, le 10 août, on note : aplatissement du sommet gauche en arrière, avec respiration moins ample, moins pure que normalement. Au sommet droit, submatité ; vibrations exagérées ; bronchophonie

Il sort le 7 octobre, non amélioré.

OBSERVATION D (Personnelle).

Sciatique gauche. — Séro-diagnostic positif.

Pleurésie ancienne.

Eugène R..., 51 ans. Salle Saint-Augustin, service de M. Bondet, suppléé par M. P. Courmont, n° 17. Entre le 26 novembre 1903.

Un fils mort à 26 ans, alcoolique et bacillaire.

Personnellement, pleurésie gauche, il y a quinze ans.

Il y a quatre ans, douleurs sciatiques de la jambe gauche, continues, pour lesquelles il fait un séjour de trois mois à l'hôpital.

Il y a deux mois, les douleurs ont fait leur réapparition, toujours continues et sourdes. Symptomatologie nette de la sciatique. Atrophie très accusée du membre.

L'examen des organes est négatif, sauf aux poumons où se trouve de la rudesse inspiratoire du sommet gauche, mais, dit l'observation, rien de notable.

Le toucher rectal ne donne rien ; pas de sucre dans les urines.

M. le professeur agrégé, P. Courmont, fait alors le séro-diagnostic, et on le trouve positif au dixième.

OBSERVATION E (Personnelle)

Sciatique gauche ; séro-diagnostic positif.

Induration du sommet.

Joseph M..., 44 ans. Service du professeur Bondet, suppléé par M. le professeur agrégé P. Courmont. Salle Saint-Augustin, n° 5. Entré le 5 décembre 1903.

Entre à l'hôpital pour sciatique gauche. Rien dans les antécédents.

Signes classiques de l'affection. Atrophie du membre inférieur gauche.

Examen viscéral négatif. Pas de sucre ni d'albumine. La recherche du bacille dans les crachats est négative.

Aux poumons : A gauche, la sonorité est normale ; la respiration moins ample.

A droite, submatité ; respiration rude ; un peu de bronchophonie. Température normale ; légère tachycardie.

On fait le *séro-diagnostic* le 18 décembre : positif au dixième.

OBSERVATION F.

Névrites et sciatique gauches. Séro-diagnostic positif

Adrien P..., 26 ans, salle Saint-Augustin, n° 1. Entré le 17 juin 1903, pour douleurs dans la jambe gauche.

Pas d'antécédents tuberculeux ; alcoolisme ; blennorrhagie à 17 ans.

Il y a deux ans, ictus s'accompagnant d'hémiplégie droite, guérie en trois jours.

A l'entrée : Signes nets de sciatique à gauche ; atrophie musculaire marquée.

Dans le membre inférieur droit, douleurs violentes sans localisation ; membre en demi-flexion sur le bassin ; réflexe rotulien aboli. Le malade fauche de ce pied.

Température : 37°6.

L'examen des organes viscéraux ne donne rien.

Malgré les traitements, les douleurs sciatiques persistent.

Le 21 juillet 1903, on fait le séro-diagnostic positif au dixième.

Devant cette indication, on ausculte et, le 30 juillet, on note les signes d'une induration du sommet droit : frottements respiratoires nets dans la fosse sus-épineuse ; submatité ; bronchophonie.

OBSERVATION G (Résumée, personnelle).

Sciatique et lumbago. — Séro-diagnostic positif. —

Induration des sommets

P..., Emile, 30 ans, chauffeur. Salle St-Augustin, n° 5.

Rougeole, scarlatine, variole dans l'enfance.

A 22 ans, en 1895, séjour dans le service du Dr Bondet, pour lumbago et sciatique droite. Rien de noté aux poumons, à ce moment.

En 1901, blennorrhagie. Quelque temps après, douleurs dans

les reins et dans la jambe droite pour lesquelles il entre à l'Hôtel-Dieu, service de M. Roques : on diagnostique mal de Pott.

Passe dans le service de M. Mouisset qui, étant donné la gêne de la marche, l'envoie en chirurgie, chez M. Gangolphe, pour coxalgie. Là, on trouve tous les mouvements de l'articulation sains, et on porte le diagnostic de myélite.

Il arrive dans le service du professeur Bondet le 15 mai 1902.

Douleurs vives dans la région de la colonne lombaire et dans la jambe droite qui, au dire du malade, seule, le fait souffrir dans la marche.

Rien au niveau des articulations.

Recherche des points de Valleix peu douloureuse ; mais les signes de Lasègue et de Bonnet sont extrêmement nets.

Les poils de la jambe droite ont disparu ; la peau est blanche, luisante. Hyperhydrose active du pied droit.

Sur la colonne vertébrale pas de points douloureux, pas de saillie ; mais, dit le malade, elle est raide, peu souple.

Nervosisme accentué.

Examen somatique négatif. Température normale. Rien dans l'urine.

Le 10 septembre 1903, M. P. Courmont fait le *séro-diagnostic* : à + 10 et + 15. Devant cette indication on ausculte soigneusement et, le 28 septembre, on note :

Sommet gauche : submatité, bronchophonie, expiration soufflante.

Sommet droit : expiration très soufflante, submatité.

Il sort amélioré par des révulsions.

OBSERVATION H₁₁ (Personnelle)

Sciatique droite. — Séro-diagnostic positif

P..., Pierre, 39 ans.

Vient à Saint-Augustin (service du professeur Bondet), en consultation.

Bonne santé antérieure. Dit avoir toussé les hivers derniers.

Il y a quatre ans, sciatique droite : douleurs continues, peu violentes, qui durèrent quatre mois et le mirent au lit. Légère amélioration depuis, mais accuse de temps en temps des douleurs dans le membre inférieur droit.

Actuellement, elles sont revenues avec leur intensité primitive.

Depuis deux mois, aggravation de la toux ; dyspnée d'effort.

L'examen des organes est négatif, sauf :

Poumons : Signes d'emphysème ; râles de bronchite congestive aux bases.

Au sommet droit : submatité ; inspiration saccadée ; expiration soufflante et prolongée.

On prend du sang et on fait le *séro-diagnostic* : positif à 1 p. 10.

OBSERVATION I (Personnelle).

Sciatique droite. — Séro-diagnostic positif. —

Pas de tuberculose apparente.

D... , Edouard, 29 ans, peintre. Saint-Augustin, n° 9.

Entre dans le service du professeur Bondet le 22 mai 1903, pour douleurs très violentes dans la jambe droite.

Quatre ans de service en Algérie : dysenterie, syphilis, blennorrhagie.

Un an après, arthrite du genou droit.

Il y a trois ans, première crise de douleurs dans la jambe droite.

L'an dernier, deuxième crise ; séjour à l'infirmerie protestante ; révolutions énergiques sur le trajet du sciatique, pendant huit mois.

Il y a quinze jours, brusquement, réapparition des douleurs, continues et assez vives, l'immobilisant complètement ; il vient dans le service,

Actuellement : Homme vigoureux ; pas d'accidents saturnins (le malade manie souvent de la céruse, mais avec précaution, dit-il). A suivi un traitement sévère antisyphilitique.

On trouve tous les signes de la sciatique droite, d'intensité remarquable.

Atrophie du membre. — Scoliose homologue.

Examen des organes entièrement négatif.

Ne tousse pas, ne crache pas, n'a pas maigri.

L'auscultation des poumons ne révèle rien.

M. P. Courmont fait alors le *séro-diagnostic* : positif au 1 p. 10.

Les bains de caisse semblent améliorer le malade, qui sort quelque temps après et n'est plus revu.

OBSERVATION J (Personnelle).

Sciatique gauche ; séro-diagnostic positif au 1/10.

Br... Pierre, 31 ans, service du Professeur Bondet, suppléé par M. le Professeur P. Courmont. Salle St-Augustin, n° 12. Entré le 20 décembre 1903.

Rien dans les antécédents. Pas d'alcoolisme.

Il y a trois semaines, douleurs dans les reins et le membre inférieur gauche, qui l'amènent à l'Hôpital.

A l'entrée : Malade pâle, d'aspect souffreteux ; a maigri ces derniers mois.

Signes classiques d'une sciatique à gauche. Pas d'atrophie.

On ne trouve rien à l'examen des organes, sauf un peu de rudesse de la respiration au sommet droit.

Ne tousse pas ; ne crache pas. Pas de fièvre. Rien dans les urines.

On fait le *séro-diagnostic* ; positif au 1/10.

OBSERVATION K (Personnelle).

Sciatique gauche. — Séro-diagnostic négatif.

L..., Fr., 34 ans, cocher. Entre au service du Professeur Bondet, pour douleurs sciatiques gauches, 24 décembre 1903.

Bonne santé antérieure. Il y a deux ans, sciatique gauche pour laquelle il fait un séjour à l'Hôtel-Dieu ; on n'avait rien

noté du côté des poumons. Les siphonages et douches de vapeur l'avaient amélioré.

Le 2 novembre 1903, les douleurs reviennent, continues et intenses, et ne se calmant pas, le malade rentre à nouveau dans le service.

Actuellement : Sciatique gauche très nette, avec atrophie.

Examen des organes viscéraux négatif.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas, mais il a des sueurs nocturnes et a maigri de dix kilogs depuis quelques mois.

Poumons : Au sommet droit, légère rudesse sous-claviculaire avec un peu de diminution respiratoire.

On fait le *séro-diagnostic* : négatif.

OBSERVATION L

C..., Louise. Se rapporter à l'observation III, dans le chapitre VI.

Si nous examinons maintenant, en détail, ces douze observations, et que nous en contrôlions les résultats, nous arrivons à des conclusions intéressantes et, pour plus de facilité, nous les avons résumées dans le tableau qui termine ce chapitre.

Nous pouvons, en effet, classer nos malades en quatre catégories, d'après les résultats des séro-agglutinations.

1^{re} CATÉGORIE (séro et tuberculose).

Dans cette première catégorie rentrent les observations A, B, C. Ce sont celles où la séro-réaction s'accorde d'une façon nette avec la clinique; dans les deux observations A et C, c'est le séro qui décèle, tout d'abord, l'infection latente et, quelque temps

après, la clinique vient corroborer d'une façon sûre cette prévision.

Les séro-agglutinations ont toutes été très nettement positives (1 p. 10; 1 p. 15).

2^e CATÉGORIE (séro et tuberculose probable).

Dans cette classe sont rangées les observations D, E, F, G, H et l'observation III (clinique). Ce sont celles où, cliniquement, la tuberculose est très probable, mais ne peut toutefois pas être fermement diagnostiquée. La séro-réaction, certes, en donne bien une certitude, car elle est très fortement positive (1 p. 10 et 1 p. 15), mais le clinicien ne peut se prononcer sûrement de par les signes physiques.

3^e CATÉGORIE (séro et tuberculose douteuse).

Nous avons, là, deux observations, I et J, dans lesquelles le séro-diagnostic est encore nettement positif, mais l'observation clinique n'a rien pu révéler; il nous faut donc simplement soupçonner l'infection tuberculeuse, sans la mettre directement en cause.

4^e CATÉGORIE. — De toutes nos expériences, une seule a été négative: celle de l'observation K, et, certes, nous avons été bien trompé dans ce résultat; c'est un malade qui ne donna pas, à l'auscultation, de signes de tuberculose pulmonaire, mais il en porte, pour ainsi dire, le cachet. Il a maigri très rapidement de dix kilogs en deux mois, a perdu l'appétit, a des sueurs nocturnes abondantes, a perdu ses forces. Serait-il disposé, ainsi que l'a

interprété M. le Professeur agrégé P. Courmont, à faire une tuberculose grave? (On sait, en effet, que les formes sévères de bacilliose donnent souvent une séro-réaction négative, et que, dans ces cas, le séro-diagnostic devient fréquemment un séro-pronostic). L'avenir nous dira ce qui en est.

Quoiqu'il en soit, sur douze cas de sciatique à facteur étiologique inconnu ou douteux, onze fois la séro-agglutination tuberculeuse a été nettement positive et nous a permis d'incriminer la bacilliose comme agent causal; nous n'avons pas choisi nos cas, et les séro ont été faits indistinctement sur tel ou tel malade.

Nous avons donc obtenu, par cette épreuve, un pourcentage réellement étonnant : soit 91 %, en faveur de la tuberculose dans l'étiologie des sciatiques, dites autrefois essentielles ou idiopathiques.

Si on veut bien comparer cette statistique à celle qu'avaient obtenue et publiée, en 1898, MM. Arloing et P. Courmont, en observant chez les malades ordinaires des hôpitaux, et qui n'était que de 34 %, on comprendra toute la valeur de ce rapprochement.

Les séro-réactions ont toutes été très positives, au moins à 1 p. 10; jamais nous n'avons obtenu 1 p. 5. N'est-ce pas là ce qui devait se passer, puisque MM. Arloing et P. Courmont ont nettement établi que la séro-agglutination était plus intense dans les tuberculisations chroniques ou légères ou en voie de guérison et que, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, la clinique nous a permis de constater que ces sciatiques évoluaient, surtout avec

des tuberculoses peu graves, à marche lente et apyrétique ?

Le séro-diagnostic est donc, dans tous ces cas de sciatique à facteur étiologique douteux, d'une utilité incontestable, puisque, seul il nous permet de déceler l'infection tuberculeuse et de connaître le principe nocif ; c'est donc à cette épreuve qu'il faut s'adresser toutes les fois que l'observation clinique ne nous donnera pas de renseignement certain et, nous ne saurions trop le répéter, il doit être fait dès le début de l'affection, qu'il nous met ainsi dans la possibilité d'enrayer plus facilement.

Nos	Nom	Salle	Diagnostic et Évolution	Étiologies diverses	Tuberculose	Séro +	Séro —	Conclusions
A	Touche... J.-M.	B. Teissier	Sciat. G. — Chronique	Erysipèle	Tuberculose du sommet D Hémoptysies, pleurésie Hémoptysies, pleurésie	+ 10		Sciatique et Tuberculose nette
B	Vignal	St-Augustin	Sciat. D. — Chronique			+ 15		
C			Sciat. G. — Chronique			+ 10		
D	Revelin	St-Augustin	Sciat. G. — Chronique, atrophie.		Pleurésie gauche	+ 10		
E	Mouglaton	id.	Sciat. G. — Chronique, atrophie.		Induration du sommet droit	+ 10		
Obs. 3 (Clinique)	Camin Louise	B. Teissier	Sciat. D. — Chronique, atrophie.		???	+ 15		
F	Pellet	St-Augustin	Sciat. G. — Chronique	Blennorrhagie, Alcoolisme	Induration du sommet D	+ 10		Sciatique et Tuberculose probable
G	Pelliot	id.	Sciat. D. —	Variole, scarlatine, rougeole dans l'enfance, blennorrhagie	Frottements, induration des 2 sommets	+ 15		
H	Poncery	id.	Sciat. D. — Chronique		Induration du sommet D	+ 10		
I	Durand	St-Augustin	Sciat. D. — Aiguë	Dysenterie, syphilis, blennorrhagie		+ 10		Sciatique et Tuberculose douteuse
J	Brully	id.	Sciat. G. — Chronique		Sommet droit (?)	+ 10		
K	Laurencin	St-Augustin	Sciat. G. — Chronique				—	

CHAPITRE VI

OBSERVATION I (Personnelle : service de M. Bondet).

*Sciatique gauche ; arthrite bacillaire du genou droit ;
tuberculose pulmonaire.*

P..., V., 24 ans, Saint-Augustin, entre le 18 septembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de phthisie pulmonaire.

Antécédents personnels. — Sciatique gauche pendant son service militaire, pour laquelle il est soigné à l'hôpital et envoyé en convalescence. Durant son congé, évolution d'une arthrite tuberculeuse du genou droit diagnostiquée à l'hôpital militaire ; pointes de feu profondes ; immobilisation en plâtre.

Le 18 septembre 1898, il entre dans le service pour sa sciatique, dont les douleurs persistent toujours, quoiqu'un peu améliorée.

Sciatique classique avec atrophie accusée de la cuisse ; douleurs continues, sourdes, empêchant le sommeil.

Examen des viscères, négatif.

Poumons : Submatité du sommet gauche ; obscurité respiratoire nette à gauche et en arrière ; expiration prolongée au sommet gauche.

Pas de toux ; pas d'hémoptysie.

OBSERVATION II (Personnelle, service de M. Bondet).

Sciatique gauche. Tuberculose fibreuse.

D..., Jean, 57 ans ; salle Saint-Augustin, 27 juin 1900.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure ; ni syphilis, ni alcoolisme.

Depuis quelques jours, douleur sciatique gauche très sourde, mais continue, qui le fait entrer à l'hôpital.

Signes de Lasègue et de Bonnet négatifs. Pli fessier non abaissé. Seule, la recherche des points de Valleix est très douloureuse.

Poumons : Sommet droit : craquements.

Sommet gauche, en arrière : vibrations diminuées ; souffle d'induration avec bronchophonie, pectoriloquie aphone.

Tousse peu ; crachats rares.

Sort le 30 août, légèrement amélioré par siphonages.

Deuxième entrée (3 novembre 1900).

Il y a une huitaine de jours, retour des phénomènes douloureux, beaucoup plus accusés, en même temps que le malade tousse et expectore davantage.

Points de Valleix, Lasègue, Bonnet très positifs.

Poumons : à gauche : souffle, craquements humides, râles de bronchite au sommet, en avant et en arrière.

Température : 38°9. Les jours suivants entre 38° et 39°.

Sort le 1^{er} décembre, nullement amélioré du côté de la sciatique, et n'est plus revu.

OBSERVATION III (Personnelle, service Bondet).

Sciatique droite. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/10^e et 1/15^e.

Louise C..., 31 ans. Domestique. Entre le 6 janvier 1903, service de M. Bondet.

Rien à noter dans les antécédents. Entre pour sciatique.

Il y a quatre ans, point de côté pleurétique; il y a un an, gros rhume.

Pas d'hémoptysie; ne tousse pas; ne crache pas. Température : 38° le matin, 37° le soir.

Sciatique droite classique. Légère atrophie du mollet et de la cuisse droite. Douleurs continues, sans accès, supportables.

Poumons : Respiration rude en arrière, à droite : submatité.

A la radioscopie, léger flou à droite, dans l'espace sus-claviculaire.

6 février. — Sciatique persiste malgré traitements.

Grandes oscillations thermiques entre 37° et 39°.

Pas de toux; pas d'expectoration.

Toujours rudesse de la respiration au sommet droit.

On fait alors le séro-diagnostic : positif au 1/15^e.

20 février. — La malade est légèrement améliorée, en même temps que la température tombe.

26 février. — La malade sort en assez bon état.

OBSERVATION IV (Personnelle, service Bondet).

Sciatique droite. — Tuberculose pulmonaire; alcoolisme.

M. J..., 32 ans. Salle Saint-Augustin, n° 19. Entré : 12 février 1900.

Antécédents héréditaires. Néant.

Antécédents personnels : Blennorrhagie et orchite en 1892. Ethylisme, mais surtout œnilisme. En 1890, bronchite grave; en 1893, 1896, et cet été, hémoptysies. Depuis le 1^{er} décembre 1899, toux fréquente et sueurs nocturnes.

Depuis le 24 décembre, douleurs sciatiques assez vives de la cuisse droite, qui, non calmées par des topiques, l'obligent à venir à l'hôpital.

Actuellement : Amaigrissement notable; ongles hippocratiques.

Points de Valleix supérieurs douloureux; Lasègue et Bonnet positifs.

Atrophie de la cuisse droite.

Poumons : A gauche, en avant : matité au sommet ; vibrations augmentées ; souffle inspiratoire rude ; gargouillement.

Voix et toux retentissantes.

A droite : Matité et exagération des vibrations.

En arrière : A gauche, au sommet : matité, vibrations exagérées, respiration soufflante.

Crachats muco-purulents abondants.

Température : 38°.

Le foie est gros, pas douloureux. Polyurie et albumine.

Sciatique améliorée par siphonage.

Sort fin mars 1900.

OBSERVATION V

Sciatique unilatérale, puis double, dite symptomatique

Rétroflexion utérine.

Louise P..., 31 ans. Lingère. Benedict Teissier, n° 5.

Entre le 7 janvier 1901, pour douleurs sciatiques.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, bronchite qui dura six mois, l'an dernier.

Il y a cinq jours, douleurs violentes dans les reins et la cuisse gauche continues, qui suspendent son travail et l'amènent dans le service du professeur Bondet.

Sciatique gauche classique.

M. le professeur Pic, remplaçant le professeur Bondet, fait un toucher vaginal et rectal et découvre un utérus en rétroflexion adhérente.

La malade souffrant beaucoup, on la traite par cataplasmes belladonnés, pyramidon, douches de vapeur.

Points de Valleix, Lasègue, Bonnet très positifs. Atrophie de la cuisse gauche.

Aux poumons : Sommet droit : En arrière, submatité ; exagération des vibrations ; diminution du murmure vésiculaire ; retentissement de la voix et de la toux.

En avant, sous la clavicule : diminution du murmure vésiculaire ; vibrations exagérées.

On fait passer la malade en chirurgie; M. Durand lui redresse son utérus et lui applique un pessaire en mars.

Malgré cela, pas d'amélioration; bien plus, la malade présente des signes douloureux des deux côtés. Signe de Lasègue bilatéral.

Sort le 14 avril 1901, légèrement améliorée.

OBSERVATION VI (Personnelle : service Bondet).

Alcoolisme ; névrites périphériques des deux jambes. —

Sciatique gauche ; bacillose pulmonaire

Jacques F..., 40 ans. Entré : 7 novembre 1902. Saint-Augustin, n° 48.

Antécédents héréditaires. Père mort d'affection de poitrine.

Antécédents personnels. Pleurésie il y a quinze ans; depuis, tousse facilement.

Hémoptysies légères, il y a trois ans.

Grand buveur de vin et d'absinthe; *mais depuis trois ans, sobriété complète.*

En 1899, séjour à la Croix-Rousse pour névrites alcooliques des membres inférieures.

Actuellement : Depuis trois semaines, douleurs dans les reins et jambe gauche. Lumbago; sciatique gauche classique.

Examen viscéral négatif, rien au cœur, rien au foie; *rien aux poumons.*

Température normale.

Sort le 4 décembre, amélioré.

Deuxième entrée (6 avril 1903. — Rhume avec céphalée et coryza. Signes de bronchite des grosses bronches.

Sort un mois après. Plus de douleurs sciatiques.

Troisième entrée (16 novembre 1903. — Nouvelle attaque de sciatique: le malade s'est mis à tousser et à cracher.

Poumons : Sommet droit : submatité; vibrations augmentées; rudesse de la respiration; foyers de bruits inspiratoires humides dans la fosse sus-épineuse.

Sort le 10 décembre, très amélioré.

OBSERVATION VII (Personnelle : service Bondet).

Sciatique gauche — Bacilliose du sommet gauche.

R..., 51 ans. Entré le 27 septembre 1903, Saint-Augustin, n° 17.

Antécédents héréditaires. Néant.

Antécédents personnels. Pleurésie gauche, il y a quinze ans.

Un fils mort, à 25 ans, de tuberculose pulmonaire.

Pas d'alcoolisme ; pas de syphilis.

Il y a quatre ans, sans cause aucune, une sciatique gauche s'installe ; il fait trois mois de séjour à l'hôpital ; des révulsions intenses et fréquemment renouvelées l'améliorent.

Il y a deux mois, les douleurs réapparaissent continues, assez vives. Atrophie considérable de la cuisse gauche.

Actuellement : Sciatique gauche classique.

Examen des viscères, toucher rectal négatifs.

Poumons : Submatité (?) rudesse de la respiration. Toux fréquente.

Sort, le 8 décembre 1903, non amélioré.

OBSERVATION VIII (Personnelle : service de M. Bondet).

Sciatique-névrite ; bacilliose.

N..., Louis, 32 ans. Entré 10 mars 1900, Saint-Augustin, n° 47.

Antécédents héréditaires : néant.

Antécédents personnels : Blennorrhagie, il y a 15 ans. Pas d'alcoolisme probable.

Au régiment, arthrite du genou droit. Depuis, le malade n'en a plus souffert ; jamais rien du côté des autres articulations.

Fièvre typhoïde à 12 ans. Il y a 4 ans, bronchite qui dure plusieurs mois ; pas d'hémoptysie, mais amaigrissement.

Il y a trois mois, lumbago puis sciatique droite, pour laquelle il entre à l'hôpital.

Actuellement : Sciatique droite classique ; douleurs continues, d'intensité moyenne, sans paroxysme. Atrophie marquée du membre inférieur droit.

Rien à l'examen des organes.

Poumons : Au sommet gauche, rudesse du murmure vésiculaire.

Pas de toux ; ne crache pas.

Température : 37°,6.

16 mars. — Diminution de l'excitabilité faradique à droite. Température : 37°

2 avril. — Au sommet gauche, l'expiration est rude et prolongée. Des révulsions intenses (cautère et siphonages) ont quelque peu amélioré le malade, qui sort le 3 avril 1900.

Revu en ville ; s'est enrhumé les deux hivers derniers, et tousse continuellement. Sueurs nocturnes. Continue cependant son métier de manœuvre. « mais il sent que ses forces s'en vont ». Nous n'avons pu l'ausculter.

OBSERVATION IX (Personnelle : service de M. Bondet).

Sciatique gauche aiguë ; bronchite diffuse (?) alcoolisme

L..., Charles, 53 ans. Entré le 28 avril 1900, Saint-Augustin, n° 22.

Antécédents héréditaires : Père et un frère morts bacillaires.

Antécédents personnels : Fièvre typhoïde à 6 ans ; blennorrhagie à 20 ans.

Alcoolisme : deux litres de vin et deux petits verres par jour : pas d'absinthe. Il y a huit jours, douleurs dans la jambe gauche, d'emblée très vives. Il entre à l'hôpital, la marche étant impossible.

Actuellement : Sciatique gauche classique.

Poumons : Des deux côtés, dans toute la hauteur sibilances.

Aux sommets, expiration prolongée (?).

Toux fréquente. Pas de fièvre.

Sort le 13 juillet 1900, quelque peu amélioré par des siphonages répétés.

Revu en ville, le 12 décembre 1903. Ne souffre plus de sa jambe droite, depuis seulement l'an dernier.

A l'auscultation, signes nets d'induration à gauche : matité avec résistance au doigt ; vibrations exagérées ; souffle respiratoire ; craquements après la toux ; voix retentissante ; pectoriloquie aphone ; Appétit excellent ; pas de sueurs nocturnes. Continue son travail, sans trop de peine.

OBSERVATION X (Personnelle : Service de M. Bondet).

Sciatique-névrite, bacillose pulmonaire.

T..., Victor, 24 ans. — Entré le 14 mars 1900, Saint-Augustin, N° 29.

Antécédents héréditaires : Père et mère, deux frères et deux sœurs morts bacillaires. Antécédents personnels.

OEnilisme ; pas d'alcool.

Constitution délicate ; traces de scrofule.

Il y a deux mois, sans cause occasionnelle, le malade éprouve des douleurs peu violentes, mais continues, dans la jambe gauche ; le sommeil est difficile. La marche est douloureuse ; il entre à l'hôpital.

Actuellement. — Sciatique gauche, avec légère atrophie de la cuisse gauche.

Examen négatif des viscères.

Poumons : Depuis quelques jours, sans s'être enrhumé, le malade tousse et rejette des crachats muco-purulents,

A droite : respiration rude, expiration prolongée, retentissement de la voix au sommet.

A gauche : Ronchus au sommet ; submatité, râles assez fins après la toux.

Température : 37° à 38°.

Il sort le 8 avril 1900, sans amélioration, malgré un traitement révulsif, énergique et prolongé.

OBSERVATION XI (Personnelle : Service de M. Bondet).

Sciatique gauche ; bacillose pulmonaire.

C..., Henri, 52 ans. — Entré le 22 juin 1900, Saint-Augustin, N° 31.

Antécédents personnels : Alcoolisme. Pas de syphilis.

En 1870, attaque de rhumatisme articulaire généralisé ; depuis, aucune douleur articulaire.

Il y a trois semaines, douleurs dans le membre inférieur gauche, qui s'installèrent d'emblée et très intenses. N'étant pas soulagé par des topiques bizarres, il entre à l'hôpital.

Actuellement : Sciatique gauche classique.

L'examen des organes viscéraux est négatif.

Poumons : Submatité à gauche ; obscurité du murmure vésiculaire à droite.

Température normale.

9 juillet. — Bacilles de Koch dans les crachats.

Au sommet gauche, expiration prolongée.

Révuisions intenses par siphonages. Pas d'amélioration marquée, quand le malade demande à sortir, le 13 juillet 1900.

Nous n'avons pas pu le revoir.

OBSERVATION XII (Personnelle, service du Dr Leclerc).

Bacillose pulmonaire bilatérale.

Sciatique gauche (névrite.)

P..., Joséphine, 19 ans. Entre aux 3^{es} Femmes le 28 novembre 1903.

Antécédents héréditaires chargés au point de vue bacillaire.

Personnellement, pas de maladie antérieure. Elle ne tousserait que depuis un mois ; pas d'hémoptysie.

Il y a deux mois, douleurs sciatiques gauches, rémittentes, violentes, et ayant rapidement amené l'impotence du membre ; elle entre à l'hôpital pour ces douleurs.

Sciatique gauche classique.

Peu d'atrophie du membre.

Malade amaigrie; pas de dyspnée.

Aux poumons : Aux sommet, des deux côtés, submatité avec résistance au doigt. Signes cavitaires doubles, souffle avec râles éclatants, après la toux, des deux côtés.

Ces signes sont perçus en arrière; en avant, murmure normal.

Toux et expectoration insignifiantes.

Des révulsions intenses sur le sciatique gauche amènent une amélioration rapide.

Brusquement la malade quitte le service le 4 décembre 1903.

OBSERVATION XIII (Personnelle et résumée).

(Service du professeur J. Courmont.)

Sciatique droite. — Pleurésie sèche.

G..., Charles, salle Saint-Jean, n° 18.

Entre, le 30 octobre 1902, pour sciatique droite et point de côté.

Traité par douches de vapeur.

En auscultant le malade on trouve les signes d'une pleurésie sèche gauche.

Sort, le 14 novembre, amélioré.

OBSERVATION XIV (Résumée; service du prof. J. Courmont).

Sciatique gauche. — Bronchite du sommet droit.

C..., 44 ans, Sainte-Marthe n° 2. Entrée : 14 octobre 1902.

Antécédents héréditaires et personnels : Néant.

En avril 1902, la malade est prise de douleurs sourdes et continues dans la cuisse gauche, sans cause occasionnelle.

A l'examen : Sciatique gauche classique, avec atrophie du membre.

Examen viscéral négatif.

Poumons : Bronchite du sommet droit.

Le pyramidon ne calme pas les douleurs ; on lui fait trois siphonages qui l'améliorent et elle sort le 14 novembre 1902.

OBSERVATION XV (Résumée ; Service de M. J. Courmont).

Sciatique droite ; bacillose pulmonaire

C. ... 35 ans. Salle Saint-Jean, n° 7. Entré : le 15 mars 1902.

Antécédents personnels : Alcoolisme ancien probable ; pas d'alcoolisme actuel. Bronchites fréquentes.

Il y a huit jours, douleurs sciatiques, dans le membre inférieur droit, qui l'obligent à entrer à l'hôpital.

Examen : Sciatique droite classique.

Poumons : Percussion douloureuse des fosses sous-épineuse et sous-claviculaire droites.

Toux légère. Pas de fièvre.

Sort sans amélioration notable, quelques jours après.

Revu le 14 décembre 1903. — Signes d'induration nette du sommet droit. Tousse facilement ; a perdu l'appétit.

OBSERVATION XVI (Service de M. le professeur J. Courmont)

Sciatique droite ; bacillose pulmonaire

C. ... 26 ans. Entrée le 7 février 1903, salle Sainte-Marthe, n° 27.

Hérédité alcoolique et bacillaire.

Bronchite à 17 ans ; tousses et maigrit depuis deux ans.

En août 1902, douleurs sciatiques droites, assez vives, continues, qu'elle a toujours, lorsqu'elle entre à l'hôpital.

Examen : Sciatique droite assez classique ; douleurs continues. Examen des organes négatif.

Poumon : Signes d'infiltration étendue du sommet droit,

mais il ne semble pas y avoir d'ulcération étendue du tissu pulmonaire.

A gauche : infiltration aussi, mais moins nette, et moins étendue.

La sciatique ne s'améliore guère, malgré siphonages et douches de vapeur, et la malade sort, le 24 mai, pour aller à la campagne; elle présente, à ce moment, des signes de spéléonque au début, à droite.

OBSERVATION XVII (Résumée : Service de M. le professeur J. Courmont).

Sciatique droite; bacillose scléreuse du sommet droit.

M..., Paul, 67 ans; Saint-Jean, n° 6. Entré en mars 1903.

Vient à l'hôpital, en chirurgie, pour ulcération linguale, guérie par l'ablation de chicots. Là, il prend des douleurs de sciatique droite, et passe dans le service du professeur Courmont.

Pas d'antécédents alcooliques ou bacillaires.

Sciatique droite classique, dont le début, dit lui-même le malade, s'est fait en même temps qu'il se mettait à tousser, plus fréquemment que d'habitude.

Aux poumons : râles humides, peu éclatants aux deux sommets, surtout à droite et en avant.

L'examen des crachats est négatif.

Il sort, amélioré, le 15 avril 1903, après trois siphonages.

OBSERVATION XVIII (Peter).

X..., 50 ans. Pas de maladie antérieure.

Depuis quelque temps, amaigrissement. Subitement, sciatique, et il commence à tousser.

M. Peter ausculte soigneusement, d'autant que la toux est quinteuse et coqueluchoïde. Il ne trouve rien.]

Sciatique intense, douloureuse, dont le malade ne fut soulagé, longtemps après, que par une cure thermale.

Un an après, au sommet droit, puis gauche, apparurent des craquements humides.

OBSERVATION XIX

(Thèse de Friot).

Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon), salle Saint-Pothin, n° 35.

C. J..., tisseur, 35 ans.

Rien dans ses antécédents.

Bonne santé jusqu'en 1875. A cette époque, laryngite.

En mai 1876, amaigrissement, sueurs nocturnes, bronchite ; rentre chez le Dr Faivre le 15 octobre 1876, pour nouvelle bronchite.

Appétit conservé, digestion facile ; les sueurs ont disparu, amaigrissement notable.

Submatité des deux sommets, surtout à gauche.

Craquements humides des deux sommets en avant ; en arrière, à gauche seulement.

Traitement général.

20 décembre. — Etat stationnaire depuis deux mois.

23 décembre. — Douleurs au niveau de la fesse droite, irradiées dans le trajet du sciatique.

25 décembre. — Sciatique nette avec éruption furonculaire sur le trajet du nerf.

30 décembre. — Demande à sortir ; toujours douleurs violentes. Etat des poumons tel que le jour de l'entrée.

OBSERVATION XX (Résumée).

(Thèse de Friot.)

B... Anna, 48 ans. Entre à l'hôpital pour bronchite.

Il y a cinq mois, douleurs sciatiques dans la jambe gauche, assez intenses. Se met à tousser, à cracher, et a une hémoptisie.

Son état a empiré depuis; amaigrissement rapide.
Meurt d'entérite tuberculeuse.

OBSERVATION XXI (Résumée).

(In thèse Lorber.)

Malade en traitement à l'hôpital pour névralgie sciatique, quand il commence à tousser.

On ne trouve chez lui aucun signe qui révèle la trace de tuberculisation pulmonaire. Sciatique très rebelle aux divers traitements.

L'hiver suivant seulement, on découvre, chez lui, les premiers signes d'induration d'un sommet.

Il est atteint d'une forme de tuberculisation lente et apyrétique.

OBSERVATION XXII

(De Notta.)

F..., Antoine, 33 ans, imprimeur (atelier humide).

Il y a deux mois, douleur au niveau de la fesse gauche et sur le trajet supérieur du sciatique gauche; il entre à l'hôpital le 8 mars 1853,

Tousse un peu.

On lui fait des pointes de feu; les douleurs s'atténuent.

Le 4 avril, réapparition des douleurs sciatiques.

Une phtisie à marche aiguë se déclare aussitôt, avec point pleurétique gauche. A la fin du mois il sort, mourant, de l'hôpital, sur la demande de sa famille.

OBSERVATION DE LANDOUZY XXIII (Résumée).

(In *Gazette des Hôpitaux*, 1883.)

Femme de 33 ans; entre dans le service du professeur Landouzy, à la Charité, se plaignant de tousser.

Antécédents personnels chargés au point de vue tuberculeuse probable, mari phtisique, péritonite, fistule anale.

Il y a 18 mois, douleurs dans le membre inférieur droit ; en même temps, se met à tousser et à cracher du sang.

A son entrée : membre inférieur droit atrophié. Douleurs continuelles depuis dix-huit mois, qu'elle rapporte elle-même tout le long du trajet du sciatique.

Température : 38°5.

A l'auscultation, le professeur Landouzy note de gros râles humides au sommet gauche et des râles fins, dans tout le reste de l'étendue du poumon. Matité de la fosse sous-épineuse gauche.

A droite, il n'y a lieu qu'à une suspicion de commencement de tuberculisation.

CONCLUSIONS

I. Aux différents facteurs étiologiques de la sciatique déjà connus, il convient d'ajouter la tuberculose.

A. Dans nos recherches, effectuées dans les services de clinique de MM. les professeurs Bondet et J. Courmont, l'observation clinique nous a permis de relever une moyenne de 25 à 30 sciatiques d'origine tuberculeuse sur 100 cas observés.

B. Le séro-diagnostic de la tuberculose nous a décelé, dans une proportion de 91 0/0, l'infection tuberculeuse dans la genèse des névralgies sciatiques, jusque-là dites essentielles ou idiopathiques.

II. Au point de vue clinique, la sciatique tuberculeuse affecte toujours les allures de la sciatique-névrite (Lasègue, Landouzy).

Elle apparaît soit au début, soit dans le cours de

la bacillose pulmonaire, mais surtout au début, et on doit, à ce point de vue, lui considérer une importance pronostique très sérieuse.

Les sciaticques les plus graves, les plus rebelles au traitement, sont celles qui évoluent dans les cas de tuberculose atténuée ou à processus fibreux.

III. En présence d'une sciatique d'origine douteuse ou inconnue on doit faire systématiquement le séro-diagnostic de la tuberculose.

Vu :

Le Président de la Thèse,

ARLOING.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 14 décembre 1903.

Le Recteur, président du Conseil de l'Université.

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

1. D'ABUNDO. — *Riforma Medica*, 1887.
ALDRICH. — A case of tuberculous neuritis (*J. tuberculous Asheville*, 1901).
ALTEMAIRE. — Thèse de Paris, 1879.
ANGLADE. — Polynévrite tuberculeuse et psychose (*Rev. de Neurol.*, 1900).
5. ARTHAUD. — Pathogénie des névrites périphériques (*Arch. de Neurol.*, 1899).
ASTIER. — Thèse de Paris, 1898.
AUCLAIRE. -- Des poisons tuberculeux (*Arch. de Méd. Expér.*, 1896); Thèse de Paris (1897).
ATWOOD. — Névrites multiples avec folie (*American Journal of Insanity*, 1888).
BABINSKI. — Anat.path. des névrites périph. (*Gaz. Hebd.*, 1890).
10. A. BARET. — Contribution à l'étude des névrites toxico-infectieuses (*Arch. de Méd. et Pharm. militaires*, 1893).
BARIÉ. — Du zona périnéo-génital chez les phthisiques (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1887).
BASSEREAU. — Névralgie intercostale des tuberculeux (Th. de Paris, 1840).
BEAU. — *Journal des Connaissances Médicales* (1856).
BENOIT. — Amyotrophie des tuberculeux (Th. Paris, 1889).

15. BLOCQ et MARINESCO. — *Société de Biologie* (juillet, 1890).
BONNET. — Des névrites périph. infectieuses aiguës (Th. de Lyon, 1893).
BOUCHER. — Abolition du réflexe pharyngien chez les tuberculeux (*Société de Biologie*, 1887).
BRISAUD. — Des paralysies toxiques (Th. d'agrégation, 1886).
BRUHL. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1894.
20. CARL HAMMER. — *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunden*, 1893.
CARRIÈRE. — Thèse de Bordeaux, 1894 ; *Nord Médical*, 1899 ; *Archives Cliniques de Bordeaux*, 1896.
CHARCOT. — Sept cas de polynévrite (*Rev. de Neurologie*, 1893).
COLELLA. — Studio sulla nevrita tubercolare (*Riforma Medica*, Palermo, 1900).
COLELLA. — Etude sur la polynévrite tuberculeuse (XIII^e Congrès de Médecine, 1900).
25. COMBEMALE. — Sciatique, névralgie ou névrite (*Bull. Méd. du Nord*, 1890).
CORNELIUS. — Beitrage zur Casuistik de multiplen Neuritis (Th. de Berlin, 1888).
DECROLY (O.). — Un cas de polynévrite tuberculeuse motrice (*J. de Bruxelles*, 1900) ; Polynévrite tuberculeuse motrice (*Polychnique-Bruxelles*, 1900) ; Réflexes dans la polynévrite (*J. de Neurol.-Bruxelles*, 1901).
DEBOVE et RÉMOND. — Polyurie dans la sciatique (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1891).
DÉJÉRINE. — De la nature périph. de certaines paralysies dites spinales aiguës de l'adulte (*Arch. de Physiol.*, 1890).
30. DREYFOUS. — Névralgies des tuberculeux (*France Médicale*, 1884).
DUBREUILH. — Névrite périphérique généralisée chez un tuberculeux alcoolique (*Gaz. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 1887).
DUFOUR (H.). — Rôle important de la tuberculose en pathologie nerveuse (*Rev. de Neurologie*, 1900).

- ECCHS. — Sciatica (Thèse de Londres, 1893).
- EISENLOHR. — Idiopathische Muskellähmung und Atrophie (*Centrablatt für Nervenheilkunde*, 1879).
35. FRAENKEL (A.) — Ueber multiple Neuritis (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891).
- FRAENKEL (E.) — Ueber Veraenderungen quergestreifter Muskeln bei Phtisiken (*Virchow's Archiv.*, 1878).
- FIESSINGER. — *Revue Médicale*, 1892.
- FRANCOTTE. — Contribution à l'étude des névrites multiples (*Rev. de Médecine*, 1886); Névrites périphériques (*Rev. de Médecine*, 1886).
- FRANÇOIS DU TEMPS. — Thèse de Paris, 1841.
40. FRIOT. — De la sciatique chez les phtisiques (Th. de Paris, 1879).
- GASTOU. — Troubles trophiques des extrémités chez un tuberculeux (*Soc. de Dermatologie*, 1895).
- GIOVANNI ROSSI. — Tuberculose et neuropathologie (*Gaz Ospedali et della Clinica*, 1889).
- GIRAudeau. — Des névrites périphériques (*Arch. génér. de Méd.*, 1887).
- GILBERT et LÉON. — *Gaz. hebdomad. de Méd. et Chir.*, 1891.
45. GOMBAULT. — Note sur l'état du nerf collatéral externe du gros orteil chez le vieillard (*Bull. de la Soc. Analom.*, 1900).
- GRANCHER et BARBIER. — Traité de Méd. de Brouardel.
- GRANCHER et LEDOUX-LEBARD. — *Arch. de Méd. Exp.*, 1891.
- GRANCHER, MARTIN et LEDOUX-LEBARD. — *Soc. de Biologie* (février 1891).
- GRIMODIE. — Pathog. des névrites périphériques (Th. de Paris, 1887).
50. GROS. — Etude des névrites (Thèse Paris, 1879).
- GUNSBURG. — *Klinik der Kreislaufs und Athmungsorgane* (1856).
- GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clinique Médicale*, t. I.
- GUINON et PARMENTIER. — Sur une complication peu connue de la sciatique (*Arch. de Neurol.*, 1890).

- HAHN. — Complications du côté du système nerveux dans la phthisie pulmonaire chronique (Th. de Paris, 1874).
55. HARDY. — Névralgie sciatique (*Gaz. des Hôpitaux*, 1886).
- HEYSE. — *Berlin. Klinik. Wochenschrift* (1892).
- HIRSCHFELDER. — Paralysis of the recurrent laryngeal nerve from peripleuritis (*Pacific Med. Journal San-Francisco*, 1887).
- HIRT (A.). — Beitrag zur Pathologie der Multiplen Neuritis (*Neurol. Centralb. Leipzig*, 1884).
- IMBERT GOUHEYRE. — *Moniteur des Hôpitaux*, 1856.
60. HYDE. — *The Lancet* (9 mai 1896).
- JACCOUD. — Path. int., t. II. De la sciatique (*J. de Méd. et de Chir. prat.*, 1890).
- JAMES. — *British Med. Journal* (1898).
- JAPPA. — Altération des nerfs dans la tuberculose (Th. Saint-Petersbourg, 1888).
- JOFFROY. — De la névrite parenchymateuse spontanée, généralisée ou partielle (*Arch. de Physiologie*, 1879).
65. KAPPER. — Zur Actiologie der Neuralgie (*Wein. Med.*, 1886).
- KLIPFEL. — Altération des muscles dans la tuberculose pulmonaire (Thèse de Paris, 1889).
- LANDOUZY. — Leçons cliniques de la Charité (*Gaz. des Hôpitaux*, 1883); Des paralysies dans les maladies aiguës (Th. d'agrég., 1878).
- LABBÉ LÉON. — Scrofule et atrophie graisseuse.
- LAGRELETTE. — Thèse de Paris, 1869.
70. LÉPINE. — *Société de Biologie*, 1870.
- LESAGE. — Etude sur les névrites sensitivo-motrices de la tuberculose pulmonaire (Thèse Paris, 1900).
- LEUDET. — Etude clinique des troubles nerveux périph. (*Arch. de Méd.*, 1864); *Cliniques Médicales* (t. II); Zona et troubles des nerfs périph. dans la tuberculose pulmonaire (*Gaz. Hebd.*, 1878).
- LORBER. — Des névralgies et points douloureux dans la tuberc. pulmonaire (Thèse de Nancy, 1879).
- LOUIS. — Recherches sur la phthisie (1843).
75. LOWENFELD. — Zur Actiologie der Multiplen Neuritis (*Munchen. Med. Woch.*, 1888).

- LEYDEN. — Die Entzündung der periph. Nerven (Berlin, 1888).
- LYMAN. — Infective Neuritis (*Chicago Med. Revue*, 1894).
- MADER. — Multiple périphérique neuritis; tuberculous pulmonar (*Stiftury in Wein*, 1889).
- MARIE (P.). — Rapport sur les névrites périphériques (*Ann. de Méd.*, 1894).
80. MAGERITTE (A.). — Troubles sensitifs de la tuberculose aiguë (Th. Paris, 1886).
- MARTINET. — *Revue Médicale* (juin 1824).
- MAZE. — Thèse de Paris (1874).
- MOREAU (L.). — Névrite périphérique dans tuberculose (*Gaz. des Hôp. de Toulouse*, 1888).
- MINOR. — *Deutsche Med. Woch.*, 1898.
85. NOTTA. — *Union Médicale* (1854).
- OPPENHEIM. — Zür Pathologie der multiplen Neuritis, etc. (*Zeitschrift für Klinik. Medic.*, 1886).
- QUERMONNE. — Etude sur la pathol. des névralgies (Th. Paris, 1886).
- PAL. — Ueber multiple Neuritis (Vienne, 1891).
- PERRET. — De la sciatique (*Clin. Méd. de l'H.-D. de Lyon*, 1887); Sciatique névrite et névralgique (*Rev. Gén. de Méd. et Thérap.*, 1887).
90. PASQUALICO. — Monographia medica sulla morbo sciatico (1886).
- PERROUD. — De quelques phénomènes nerveux dans le cours de la phtisie pulmonaire (*Lyon Médical*, 1872).
- PERSONALI. — Etiogenesi della sciatica nevrite (*Gaz. Méd. di Torino*, 1893).
- PETER. — Tuberculisation en général (Paris, 1866); Leçons de Clinique Médicale; De quelques accidents nerveux chez les phtisiques (*Union Médicale*, 1877).
- PITRES et VAILLARD. — Des névrites périphériques chez les tuberculeux (*Rev. de Méd.*, 1886).
95. PITRES. — Des névrites périph. dans les maladies infectieuses (*Soc. Méd. et Chir. de Bordeaux*, 1886).
- RAYMOND. — Cliniques Médicales; Les Leptomyélites tuberculeuses (*Rev. de Méd.*, 1886).

- RENAUT (J.). — Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, Clermont, 1894).
- RENDU. — Th. d'agrégation, 1875.
- RIGAL. — Th. d'agrégation, 1872.
100. H. ROGER. — Des névrites périphériques (Encéphale, 1885).
- ROMBERG. — Traité des Névralgies (1857).
- ROSENHEIM. — Zur kenntniss der acuten infectionen Neuritis (*Archiv. zur Psychiatrie*, 1887).
- ROSS. — On peripheral neuritis (*Med. Chr. Manchester*, 1890).
- SANCHEZ HERREHO, — Genesis de las neuralgias (*Correo. Med. Salamanco*, 1885).
105. SCHMIDT. — Syst. nerv. périph. dans la tub. pulmonaire (*Wiener Klinik. Woch.*, 1899).
- SCOTT. — Névrite périphérique tuberculeuse (*Med. Journal*, 1902).
- SENATOR. — Uber acute multiple Myosotis bei Neuritis (*Deutsche Med. Woch.*, 1888).
- SILVIO DESSY. — Tubercul. sperimentale della medulla spinale nella cavia (*Gaz. Med. di Torino*, 1894).
- SUCKLING. — Peripheral neuritis in phthisis (*British. Med. Journal*, 1887).
110. SIMPSON ROBERT. — Sciatic Neuritis (Bristol, 1893).
- SCHREIBER. — *Wiener Med. Wochensch.*, 1894.
- STINCHFIELD. — Sciatic neuritis (*Northwest Lancet*, 1894).
- STRUMPELL. — Zur Kenntniss der multiplen degenerativen Neuritis (*Archiv. zur Psychiatrie*, 1883).
- SYDNEY MARTIN. — *Journ. of pathol. and bact.*, 1893.
115. TEDESCHI. — Studio delle nevriti (*Gaz. Med. di Torino* 1889).
- THÉVENET. — Atrophie des muscles de l'épaule à la suite d'une pleurésie (*Lyon Médical*, 1894).
- VALLEIX. — Traité des Névralgies (1841).
- VERNE. — Névrite périph. dans la tuberculose (Th. de Berlin, 1889).
- VERDUREAU. — Etude sur les névrites idiopathiques (Th. de Paris, 1853).
120. VIERORDT. — Beitrag zum Studium der multiplen Neuritis (*Archiv. zur Psychiatrie*, 1883).

WALSHE. — Treatise on diseases of the lung (1860).

WEILL. — *Revue de Médecine*, 1893.

WOLFENSTEIN. — *Medical News of Philadelphia*, 1893.

WRIGHT. — Neuralgia sciatica ; pneumonia (*Cincinnati Lancet*, 1879).

125. VILLEDIEU. — Thèse Lyon, 1901.

